

الحمد لله
الرحمن الرحيم



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین

دانشکده بهداشت

پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی

عنوان:

تعیین توزیع نیروی انسانی ارائه دهندگان خدمات مستقیم بخش بهداشت و درمان (پزشک، پرستار، بهیار و بهورز) در استان قزوین در سال ۱۳۹۳ بر اساس جمعیت تحت پوشش و مقایسه آن با استاندارد یا میانگین کشوری

استاد راهنما:

جناب آقای دکتر سعید آصفزاده

استاد مشاور:

جناب آقای محمد ذکریا کیایی

نگارش:

سید کریم خرم حسینی

دیماه ۱۳۹۴

این پایان نامه را ضمن تشکر و سپاس فراوان و در کمال افتخار تقدیم می نمایم به:

همسر و فرزندانم:

علیرغم تحمل سختی ها و دشواری های فراوان، همواره یاری مهربان و پشتیبانی استوار در کنارم بوده مرا مورد حمایت بی پایان خود قرار داده و از دعای خیرشان همیشه بهرمند ساخته اند.

پدر و مادر من و همسر:

علیرغم تحمل سختی ها و دشواری های فراوان، من و خانواده ام را مورد حمایت خود قرار داده و از دعای خیرشان بهرمند بوده ایم.

تقدیر و تشکر:

نخست سپاس و ستایش از آن خداوندی است که بنده کوچکش را در دریای بیکران اندیشه، قطره ای ساخت تا وسعت آن را از دریچه اندیشه های ناب آموزگارانی بزرگ به تماشا نشیند. لذا اکنون که در سایه سار بنده نوازی هایش پایان نامه حاضر به انجام رسیده است، بر خود لازم می دانم تا مراتب سپاس را از بزرگوارانی به جا آورم که اگر دست یاریگریشان نبود هرگز این پایان نامه به انجام نمی رسید.

– از استاد گرامی: جناب آقای دکتر سعید آصف زاده که زحمت راهنمایی این پایان نامه را برعهده داشتند، کمال سپاس را دارم.

– از استاد ارجمند: جناب آقای محمدزکریا کیایی که زحمت مشاوره این پایان نامه را متحمل شدند، صمیمانه تشکر می کنم.

چکیده

زمینه: یکی از مهمترین اولویت های همه کشورهای جهان، دسترسی عادلانه و مطابق نیاز به خدمات سلامت است. توزیع برابر و عادلانه منابع بخصوص نیروی انسانی بخش سلامت یک چالش همیشگی سیاستگذاران سلامت میباشد.

هدف: هدف این مطالعه بررسی توزیع نیروی انسانی ارائه خدمات مستقیم بخش بهداشت و درمان (پزشک، پرستار، بهیار و بهورز در استان قزویندر سال ۱۳۹۳ و مقایسه آن با استاندارد یا میانگین کشوری می باشد.

روش: این پژوهش، یک مطالعه توصیفی تحلیلی گذشته نگر است. جامعه مورد مطالعه پزشکان عمومی، پزشکان متخصص، پرستاران، بهیاران و بهورزان شاغل در مراکز دانشگاهی و غیر دانشگاهی استان قزوین در سال ۱۳۹۳ می باشد. داده های مورد نیاز به صورت سرشماری با مراجعه به معاونت درمان و توسعه و بهداشت دانشگاه علوم پزشکی قزوین و مراکز غیر دانشگاهی و استانداری و سازمان نظام پزشکی جمع آوری و در فرم اطلاعاتی ثبت گردید. داده ها با استفاده از نرم افزار اکسل و SPSS پردازش و تحلیل قرار گرفته است.

یافته ها: نحوه توزیع نیروهای بهداشت و درمان سطح استان قزوین به تفکیک مراکز بهداشتی و درمانی و تفکیک پزشک و پرستار و بهیار و بهورز در مناطق شهری و روستایی و وسعت و جمعیت استان در سال ۱۳۹۳ جمع آوری گردید که بدین شرح تقدیم میگردد: استان قزوین با وسعت ۱۵۵۶۷۳۰۳ متر مربع و جمعیت ۱۲۰۱۵۶۵ نفر دارای تعداد ۵۴۲ نفر پزشک ۱۸۸۲ نفر پرستار ۳۷۰ نفر بهیار ۵۶۵ نفر بهورز ۱۷۱۹ عدد تخت فعال می باشد که برخی از آنها به شرح زیر میباشد:

۱- در مراکز بهداشتی درمانی دولتی و خصوصی در شهر قزوین: ۱۴۶۱ تخت، ۳۵۷ نفر پزشک، ۱۷۵۵ نفر پرستار و بهیار

۲- در شهر تاکستان ۱۰۴ تخت، ۲۷ نفر پزشک، ۱۳۲ نفر پرستار و بهیار

۳- در شهر بوئین زهرا ۵۰ تخت، ۱۱ نفر پزشک، ۴۳ نفر پرستار و بهیار

۴- در شهر الوند ۵۵ تخت، ۲۸ نفر پزشک ۴۹ نفر پرستار و بهیار

۵- در شهر آبیک ۴۹ تخت، ۱۴ نفر پزشک ۵۸ نفر پرستار و بهیار

نتیجه گیری: این مطالعه نشان داد که توزیع نا عادلانه در نیروهای مورد مطالعه به نسبت جمعیت تحت پوشش و تختهای موجود صورت گرفته و این درحالی است که انواع بیماریهای نوپدید در حال گسترش و نیاز به خدمات تخصصی تر بیشتر شده و در صورت عدم اصلاح رویه فعلی در آینده نزدیک مشکلات نیروی انسانی (نارضایتی شغلی و فرسودگی شغلی و ...) بیشتر خواهد شد و بنابر این بایستی توزیع در منابع انسانی همگام سیاستهای جدید کشور و متناسب با رشد جمعیت و بیماریهای جدید دوباره مورد توجه قرار گیرد.

کلمات کلیدی: جمعیت، نیروی انسانی، پزشک، پرستار، بهیار و بهورز

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

فصل اول: مقدمه و بیان مسأله

۱-۱ مقدمه:	۲
۲-۱ بیان مسأله و اهمیت پژوهش	۳
۳-۱ اهداف و فرضیات	۶
۱-۳-۱ هدف اصلی	۶
۲-۳-۱ اهداف فرعی	۷
۳-۳-۱ هدف کاربردی:	۷
۴-۳-۱ سؤالات پژوهش:	۸

فصل دوم: بررسی متون

۱-۲ مقدمه	۱۰
۲-۲ مبانی نظری پژوهش	۱۰
۱-۲-۲ مفهوم سلامت	۱۰
۲-۲-۲ سلامت از منظر چشم‌انداز توسعه جمهوری اسلامی ایران	۱۰
۳-۲-۲ عوامل مؤثر بر سلامت	۱۱
۴-۲-۲ کارکردهای نظام سلامت	۱۱
۵-۲-۲ ابعاد نظری عدالت در سلامت	۱۲
۱-۵-۲-۲ سودگرایی:	۱۳
۱-۱-۵-۲-۲ سودگرایی غیرعینی	۱۴
۲-۱-۵-۲-۲ سودگرایی عینی	۱۴
۲-۵-۲-۲ لیبرالیسم:	۱۵

- ۱۶-۲-۵-۳: جامعه‌گرایی: ۱۶
- ۱۶-۲-۵-۳-۱: جامعه‌گرایان جهانی ۱۶
- ۱۶-۲-۵-۳-۲: جامعه‌گرایان نسبی‌گرا ۱۶
- ۱۷-۲-۶: عدالت در سلامت از دیدگاه کاربردی ۱۷
- ۱۸-۲-۶-۱: عدالت افقی ۱۸
- ۱۹-۲-۶-۲: عدالت عمودی ۱۹
- ۱۹-۲-۷: بخش‌های اصلی تحلیل عدالت در سلامت ۱۹
- ۱۹-۲-۷-۱: تحلیل برابری و نابرابری در توزیع خدمات سلامت ۱۹
- ۲۲-۲-۸: منابع انسانی: ۲۲
- ۲۲-۲-۸-۱: برنامه‌ریزی نیروی انسانی سلامت: ۲۲
- ۲۴-۲-۸-۲: مشکلات منابع انسانی در ارائه خدمت ۲۴
- ۲۵-۲-۹: ساختار نظام سلامت کشور ایران ۲۵
- ۲۶-۲-۱۰: توزیع جغرافیایی کادر درمانی در ایران و نابرابری استانی ۲۶
- ۲۷-۲-۳: مروری بر مطالعات انجام یافته ۲۷
- ۲۷-۲-۱: مطالعات انجام یافته در ایران و جهان: ۲۷

فصل سوم: روش پژوهش

- ۳۶-۳-۱: مقدمه ۳۶
- ۳۶-۳-۲: نوع پژوهش: ۳۶
- ۳۶-۳-۳: جامعه پژوهش: ۳۶
- ۳۶-۳-۴: روش نمونه‌گیری و حجم نمونه: ۳۶
- ۳۶-۳-۵: روش گردآوری داده‌ها: ۳۶
- ۳۷-۳-۶: ابزار گردآوری داده‌ها: ۳۷
- ۳۷-۳-۷: تجزیه و تحلیل داده‌ها: ۳۷

۸-۳ مکان و زمان مطالعه: ۳۷

۹-۳ محدودیت‌های پژوهش: ۳۷

۱۰-۳ ملاحظات اخلاقی: ۳۸

۱۱-۳ تعریف واژه‌ها: ۳۸

فصل چهارم: یافته‌ها

۱-۴ مقدمه: ۴۲

۲-۴ ارزیابی وضعیت استان قزوین در سال ۱۳۹۳ از نظر نسبت نیروی انسانی پزشک، پرستار، بهیار و بهورز ۴۶

۳-۴ ارزیابی وضعیت توزیع نیروی انسانی پزشک، پرستار، بهیار و بهورز براساس اهداف فرعی. Error! Bookmark not defined.

فصل پنجم: بحث، نتیجه‌گیری و پیشنهادات

۱-۵ مقدمه ۶۶

۲-۵ بحث ۶۶

۳-۵ نتیجه‌گیری ۶۹

۴-۵ پیشنهادات اجرایی ۹۰

۵-۵ پیشنهادات برای پژوهش‌های آتی ۷۰

فصل اول: مقدمه و بیان مسأله

Introduction and Problem Expression

۱-۱ مقدمه

نیروی انسانی، پیش نیاز مراقبت سلامت است (Dussault, ۲۰۰۳). نقش نیروی انسانی در حوزه سلامت در دهه اول قرن بیست و یکم بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است و سازمان بهداشت جهانی در گزارش سال ۲۰۰۶ کانون توجه خود را در دهه اخیر (۲۰۰۶-۲۰۱۵) به نیروی انسانی در بخش سلامت معطوف کرده است (Guilbert, ۲۰۰۶). نیروی انسانی آموزش یافته و ماهر نقش اصلی و محوری را در عرضه خدمات سلامت بر عهده دارد (آصف زاده، ۱۳۹۲). با توجه به تنوع و سطوح مختلف مهارت‌های افراد در یک جامعه نقش برنامه‌ریزی و توزیع مناسب نیروی انسانی در یک جامعه پررنگ‌تر می‌شود (نیلی، ۱۳۸۵). مقوله عدالت یکی از معیارهای مهم در توزیع منابع و دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی می‌باشد و در اعلامیه آلماتا، فراهم آوردن حداقل مراقبت‌های پزشکی جهت دستیابی به هدف سازمان بهداشت جهانی یعنی بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ تأکید شد و از جمله محورهای این کنفرانس اهمیت دادن به عدالت در توزیع منابع اقتصادی در بخش بهداشت و درمان بود. پس از برپایی این کنفرانس، تعریف پذیرفته شده از عدالت در امر توزیع منابع اقتصادی عبارت باشد از: دسترسی یکسان افراد به حداقل مراقبت‌های بهداشتی درمانی براساس نیاز (خرمی، ۱۳۸۱). در تخصیص منابع براساس نیاز بایستی نیازهای سلامتی مناطق مختلف جغرافیایی را مورد توجه قرار داد (Dennis, ۲۰۰۸).

برابری در توزیع منابع سلامت بر کمیت و کیفیت خدمات سلامت ارائه شده تأثیرگذار می‌باشد و اهمیت حق برخورداری و دسترسی عادلانه به این منابع بسیار روشن و اساسی می‌باشد بنابراین اتخاذ سیاست‌های مشخص، علمی و مبتنی بر شواهد در راستای افزایش منابع بخش سلامت و چگونگی توزیع و تخصیص این منابع در بین مناطق مختلف جمعیت ضروری به نظر می‌رسد (زندیان، ۱۳۹۱). عدالت در توزیع خدمات سلامت و دسترسی به این خدمات مطابق با نیاز از اصول اساسی مورد نظر در بسیاری از نظام‌های سلامت در دنیا محسوب می‌شود و توجه به آن شرایطی را برای برنامه‌ریزی بهتر در این راستا فراهم می‌آورد (Huang, ۲۰۰۱). همچنین اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، برخورداری از تأمین اجتماعی و خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت‌های پزشکی را حق همگانی برشمرده و دولت را

مكلف نموده است تا طبق قوانین، از محل درآمدهای عمومی حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای تمام افراد کشور تأمین کند (قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران).

۱-۲ بیان مساله و اهمیت پژوهش

بی‌عدالتی در دسترسی به خدمات سلامت به طور متداول در کشورهایی با منابع کم و زیاد وجود دارد به طور کلی در حالی که جمعیت مرفه و بیشتر، خدمات بیشتر و با کیفیت بهتر دریافت می‌کنند جمعیت کم و فقیر در دسترسی به خدمات سلامت محدودیت دارند (Gwatkin, ۲۰۰۴). توزیع نابرابر منابع بخش سلامت نه تنها منجر به کاهش سطح سلامت جامعه خواهد شد بلکه باعث هدر رفت و استفاده ناکارا از منابع و تحمیل هزینه‌های بیشتر به مردم و در نهایت نظام سلامت خواهد شد (عمرانی خو، ۱۳۹۴) (Graves, ۲۰۰۴). توزیع جغرافیایی غیر یکنواخت منابع مراقبت سلامت به عنوان یک عامل مهم در ایجاد نابرابری‌ها شناخته شده است (طاعتی کلی، ۱۳۹۳). در بحث نیروی انسانی به عنوان یکی از منابع و ارائه کننده خدمات سلامت، همواره نابرابری خود نمایی می‌کند (مبارکی، ۲۰۱۳). نابرابری، عبارت است از اختلاف بین تعداد، عملکرد، انواع، توزیع و کیفیت کارکنان سلامت از یک سو، و نیازهای کشور به خدمات ایشان و توانایی آن در اشتغال، پشتیبانی و حفظ این نیروها از سوی دیگر. نابرابری در نیروی انسانی بخش سلامت پدیده‌ای متنوع و پیچیده است که دارای ۳ بعد است: ۱- از نظر تعداد، عرضه کمتر یا بیشتر از حد نیروهایی که جامعه به وجود آن نیازمند است. ۲- به لحاظ کیفیت، عدم تناسب بین آموزش و نیازهای شغلی ۳- به لحاظ توزیع، که ممکن است بر حسب جغرافیایی، شغلی، سازمانی یا تخصصی باشد (آصف زاده، ۱۳۹۲). توزیع نابرابر منابع انسانی بخش سلامت، یک پدیده جهانی است و در این بین اولین و بزرگترین نگرانی مربوط به توزیع نیروی انسانی کادر درمانی می‌باشد (Wibulpolprasert, ۲۰۰۳).

در حقیقت توزیع نابرابر این نیروها یک مساله جدی در کشورهای زیادی است که در شهرها به صورت نامتناسب توزیع شده اند و عرضه کمی در نقاط روستایی دارند (Horev, ۲۰۰۴). به عنوان مثال در کشورهای ژاپن، انگلستان و ایالات متحده با وجود افزایش تعداد پزشکان هنوز هم از نظر پزشکان به جمعیت بین مناطق شهری و روستایی و شهرهای

بزرگ و کوچک فاصله وجود دارد (Toyabe, ۲۰۰۹). کشورهای اروپای غربی با وجود اینکه از نسبت پزشک به جمعیت بالایی برخوردارند تساوی در توزیع جغرافیایی پزشکان در آنها بهتر از سایر کشورها نیست (سعادت، ۱۳۸۸). توزیع نامناسب منابع ورودی به ویژه پزشکان و پرستاران می تواند به عدم کارایی و اثر بخشی منجر شود (امینی، ۱۳۸۵). به طوری که عدم دسترسی کافی به پزشکان در بین جمعیت، منجر به گسترش مشکلات کوچک بهداشتی و پیامد آن ابتلا به بیماری های جدی و مزمن می شود (Mistretta, ۲۰۰۷).

بر طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۶، ۵۷ کشور در دنیا با بحران نیروی متخصص بهداشتی (پزشک، پرستار، ماما) مواجه بوده اند که شاخص نیروی متخصص بهداشتی این کشورها کم تر از ۲۳ نیروی بهداشتی در ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت بوده است (Guilbert, ۲۰۰۶). عواملی که بر نابرابری در توزیع جغرافیایی پزشکان و پرستاران تأثیر می گذارند شامل عوامل ۱- فردی (سن، جنس، وضعیت تأهل) ۲- سازمانی (طرح های انگیزی، تیمی، منابع شغلی) ۳- محیطی (قوانین و مقررات، فرهنگ، امنیت شغلی) می باشد (Wilson, ۲۰۰۹). دیدگاهی که در زمینه تأثیر افزایش پزشک روی توزیع جغرافیایی واقعی پزشکان وجود دارد این است که در مورد پزشکانی که اصالتاً شهرنشین هستند، زندگی شهری را ترجیح می دهند و گرایش به سمت رشته های فوق تخصصی دارند سیاست افزایش پزشک به تنهایی توزیع نامناسب را بهبود نمی بخشد. بر این اساس مداخلاتی مانند برنامه های آموزشی و دانشگاهی به توزیع عادلانه تر کمک می کند (Matsumoto, ۲۰۰۸).

در نظام سلامت ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی اصلی سیاستگذاری و برنامه ریزی در زمینه توزیع نیروی درمان در ایران، اقداماتی مانند برنامه پزشکان خانواده، اعزام پزشکان و کادر درمان به مناطق محروم در قالب گذراندن طرح نیروی انسانی و سطح بندی ارائه خدمات سلامت را به انجام رسانده است. اما این اقدامات با توجه به حاکمیتی بودن، کارایی و اثربخشی لازم را به دنبال نداشته است بنابراین مشکلات مربوط به توزیع نابرابر و عدم دسترسی مردم به خدمات درمانی در بسیاری از مناطق همچنان وجود دارد (شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت، ۱۳۸۷). ناهمگونی در توزیع پزشکان در کشور به گونه ای است که تفاوت بین استانهای محروم و برخوردار از خدمات

پزشک عمومی حدود ۵ برابر و در مورد پزشک متخصص بیش از ۱۵ برابر است. (حق دوست، ۱۳۸۹). در استان قزوین نیز شکاف زیادی بین شهرستانهای استان از نظر نسبت پزشکان (پزشک عمومی، پزشک متخصص) و کادر بهداشت و درمان به جمعیت وجود دارد (موسوی، ۱۳۹۲).

استان قزوین از استانهای شمالی می باشد که از شمال به استانهای گیلان و مازندران، از جنوب به استانهای مرکزی و همدان، از شرق به استانهای البرز و تهران و از غرب به استان زنجان محدود می شود. براساس نتایج نهایی سرشماری عمومی نفوس و مسکن استخراج شده از مرکز آمار ایران مربوط به سال ۱۳۹۰ کل جمعیت استان قزوین ۱,۲۰۱,۵۶۵ نفر بوده که ۸۷۸,۲۴۱ نفر شهرنشین و ۳۲۲,۷۸۷ نفر روستانشین و غیر ساکن هستند. متوسط رشد سالیانه جمعیت آن ۱,۲۹٪، سهم آن از جمعیت کشور ۲,۶٪، مساحت ۱۵,۶۲۶ کیلومتر مربع و سهم مساحتی آن ۱,۱٪ از کل کشور می باشد. همچنین این استان دارای ۶ شهرستان شامل: (شهرستانهای قزوین (مرکز استان)، تاکستان، بوئین زهرا، آبیک، البرز و آوج)، ۲۵ شهر، ۱۹ بخش، ۴۶ دهستان و ۱۱۵۰ آبادی دارای سکنه و ۸۴۲ آبادی خالی از سکنه می باشد. براساس آخرین آمار موجود نسبت پزشک عمومی، پزشک متخصص، به ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت در کشور ایران به ترتیب ۲,۱۰,۴,۴ می باشد (حق دوست، ۱۳۸۹). همچنین براساس آمار به دست آمده از معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی قزوین مربوط به سال ۱۳۹۲، تعداد ۱۷۰۲ تخت فعال در ۱۴ مرکز درمانی وجود داشته که ۵۳,۴ این مراکز وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قزوین بوده است که کلاً با حدوداً ۵۶۵۰ نفر پرسنل فعالیت می نمایند (سالنامه آماری استان قزوین ۱۳۹۲).

در سال ۱۳۹۳ تعداد ۸۳ مرکز بهداشتی درمانی در استان فعالیت داشته که حدوداً ۲۳,۶٪ مرکز آن در سال ۱۳۹۲ به مجموعه اضافه گردید و در سطح مناطق روستایی استان قزوین ۲۷۴ خانه بهداشت فعال وجود دارد که کل جمعیت تحت پوشش آنها حدوداً ۱۰۸۹۰۰۰ نفر در این سال می باشد. که حدوداً ۲۳۹۰ نفر در این مراکز مشغول ارائه خدمت به این مردم می باشند (معاونت بهداشتی استان قزوین).

در سال ۱۳۹۳، تعداد حدوداً ۱۰۲۰ نفر پزشک که (حدوداً ۵۰۲ نفر آن در دانشگاه علوم پزشکی قزوین مشغول فعالیت بوده) و حدوداً ۶۰۱ نفر آن پزشک عمومی و ۳۸۱ نفر متخصص، ۳۸ نفر فوق تخصص می باشند.

کل تیم مورد مطالعه در استان حدوداً ۳۳۶۵ نفر بوده که نسبت پزشک عمومی، پزشک متخصص، پزشک فوق تخصص، پرستار (پرستار و بهیار) و بهورز به ۱۰۰۰ نفر جمعیت در این استان (شهری و روستایی) به ترتیب ۰,۴۹، ۰,۳۳، ۰,۰۳، ۱,۷۷ و ۱,۷۵ بوده است. بنابر اطلاعات موجود از آنجا که در سطح کشوری در ارتباط با موضوع مورد پژوهش مطالعات اندک می‌باشد و در سطح استان قزوین چنین مطالعه‌ای انجام نگرفته است لذا هدف از این مطالعه بررسی توزیع نیروی انسانی ارائه خدمات مستقیم درمانی استان قزوین با استفاده از سرشماری نیروهای مورد مطالعه در سال ۱۳۹۳ می‌باشد تا در صورت امکان با استفاده از نتایج حاصل از آن بتوان در جهت توزیع عادلانه‌تر نیروی انسانی مورد مطالعه اقدام نمود زیرا که نسبت پزشکان و پرستاران تخته‌های فعال به جمعیت یکی از شاخصهای مهم دسترسی به خدمات درمانی می‌باشد دوم اینکه توزیع عادلانه نیروی انسانی، افزایش عدالت و دسترسی به خدمات سلامت را به دنبال دارد سوم اینکه از نظر مدیریت، برنامه‌ریزی در ارتباط با نیروی انسانی ماهر و بالارزش نسبت به ۱۰۰۰ نفر جمعیت دارای اهمیت بسیار زیادی است.

۱-۳ اهداف و فرضیات

۱-۳-۱ هدف اصلی

تعیین توزیع نیروی انسانی ارائه خدمات مستقیم بخش بهداشت و درمان (پزشک، پرستار، بهیار و بهورز) در مراکز بهداشتی درمانی دانشگاهی، خصوصی، خیریه، نیروهای مسلح و تامین اجتماعی استان قزوین در سال ۱۳۹۳ بر اساس جمعیت تحت پوشش و مقایسه آن با استاندارد یا میانگین کشوری

۱-۳-۲ اهداف فرعی

۱- تعیین توزیع نیروی انسانی پزشکان عمومی، متخصص و فوق تخصص در مراکز بهداشتی

درمانی دانشگاهی، خصوصی، خیریه، نیروهای مسلح و تامین اجتماعی استان قزوین

۲- تعیین توزیع نیروی انسانی پرستار در مراکز بهداشتی درمانی دانشگاهی، خصوصی، خیریه،

نیروهای مسلح و تامین اجتماعی استان قزوین

۳- تعیین توزیع نیروی انسانی بهیار در مراکز بهداشتی درمانی دانشگاهی، خصوصی،

خیریه، نیروهای مسلح و تامین اجتماعی استان قزوین

۴- تعیین توزیع نیروی انسانی بهورز در مراکز بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم

پزشکی در استان قزوین

۵- تعیین توزیع نیروی انسانی موجود در مراکز بهداشتی درمانی دانشگاهی، خصوصی،

خیریه، نیروهای مسلح و تامین اجتماعی استان قزوین

۶- تعیین مشخصات دموگرافیک مراکز بهداشتی درمانی دانشگاهی، خصوصی، خیریه،

نیروهای مسلح و تامین اجتماعی استان قزوین

۱-۳-۳ هدف کاربردی:

- با بررسی چگونگی توزیع نیروی انسانی این واحدها، میتوان در برنامه ریزیهای آتی این دانشگاه نسبت به تخصیص منابع انسانی تصمیمات بهتر و کاربردی تر در کلیه مراکز بهداشتی درمانی استان اتخاذ نمود و در نهایت با آگاه سازی پرسنل از میزان ارائه خدمات و تناسب آن با حجم نیروی انسانی موجود و یا در صورت امکان جذب نیروی مورد نیاز باعث افزایش رضایتمندی کارکنان این بخش و خدمت گیرندگان را فراهم نمود.

- ارائه گزارش طرح به مسئولین دانشگاه علوم پزشکی قزوین جهت برنامه ریزی نیروی انسانی در سالهای آتی

۱-۳-۴ سؤالات پژوهش:

- (۱) توزیع نیروی انسانی پزشکان عمومی، متخصص و فوق تخصص در مراکز بهداشتی درمانی دانشگاهی، خصوصی، خیریه، نیروهای مسلح و تامین اجتماعی استان قزوین چگونه است؟
- (۲) توزیع نیروی انسانی پرستار در مراکز بهداشتی درمانی دانشگاهی، خصوصی، خیریه، نیروهای مسلح و تامین اجتماعی استان قزوین چگونه است؟
- (۳) توزیع نیروی انسانی بهیار در مراکز بهداشتی درمانی دانشگاهی، خصوصی، خیریه، نیروهای مسلح و تامین اجتماعی استان قزوین چگونه است؟
- (۴) توزیع نیروی انسانی بهورز در مراکز بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی در استان قزوین چگونه است؟

فصل دوم: بررسی متون

Literature Review

۱-۲ مقدمه

در این فصل به مطالب کلی و چارچوب نظری و پنداشتی موضوع پژوهش از قبیل مفهوم سلامت و بررسی آن در اسناد بالادستی، عوامل مؤثر بر سلامت، کارکردهای نظام سلامت، ابعاد نظری عدالت در سلامت، عدالت در سلامت از دیدگاه کاربردی، بخش‌های تحلیلی عدالت در سلامت، منابع انسانی، ساختار نظام سلامت ایران، توزیع جغرافیایی پزشکان، پرستاران، بهیاران و بهورزان و نابرابری استانی پرداخته خواهد شد و در پایان نیز نظری اجمالی بر مطالعات انجام شده در زمینه موضوع پژوهش در ایران و جهان خواهیم داشت.

۲-۲ مبانی نظری پژوهش

۱-۲-۲ مفهوم سلامت

از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی، سلامت عبارت است از: «احساس رضایت کامل جسمانی، روانی و اجتماعی نه فقدان بیماری و ناخوشی». سلامت یکی از اساسی‌ترین نیازهای انسان‌هاست و هیچ یک از افراد جامعه را نمی‌توان بی‌نیاز از آن دانست. از دیدگاه تئوری سرمایه انسانی، سلامت افراد یک ذخیره سرمایه است که به مرور زمان با گذر طبیعی عمر مستهلک می‌شود و سرمایه‌گذاری در بهداشت و درمان این استهلاک را جبران می‌کند. برآوردهای آماری نشان می‌دهد که هر ۱۰ درصد امید به زندگی در بدو تولد در صورت ثابت ماندن سایر عوامل حداقل رشد اقتصادی ۳،۰ تا ۴،۰ درصد در بر دارد. (شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت، ۱۳۸۷).

۲-۲-۲ سلامت از منظر چشم‌انداز توسعه جمهوری اسلامی ایران

چشم‌انداز ۲۰ ساله جمهوری اسلامی ایران، جامعه ایرانی برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصت‌های برابر، توزیع مناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده و به دور از فقر، فساد و تبعیض و بهره‌مند از محیط زیست مطلوب است. به عبارت دیگر در سال ۱۴۰۴، جمهوری اسلامی ایران کشوری با مردمی برخوردار از بالاترین سطح سلامت و دارای عادلانه‌ترین و توسعه‌یافته‌ترین نظام سلامت در منطقه است. بنابراین اهداف کلان نظام سلامت عبارتند از:

تعیین توزیع نیروی انسانی ارائه دهندگان خدمات مستقیم بخش بهداشت و درمان ...

فصل دوم : بررسی متون

(۱) ارتقاء سلامت جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی آحاد مردم ایران همراه با کسب بهترین جایگاه در منطقه تا سال ۱۴۰۴

(۲) تأمین عدالت در سلامت تا سال ۱۴۰۴

(۳) دستیابی به جایگاه اول منطقه در مراعات حقوق اسلامی، انسانی و مدنی و پاسخگویی و تکریم خدمت گیرندگان
نظام سلامت تا سال ۱۴۰۴ (شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت، ۱۳۸۹).

۲-۲-۳ عوامل مؤثر بر سلامت

عوامل مختلفی بر سلامت افراد جامعه تأثیر می گذارند که مهم ترین آنها عبارتند از:

(۱) نظام ارائه خدمات

(۲) کیفیت و شیوه زندگی و رفتارهای بهداشتی افراد جامعه

(۳) عوامل و شرایط محیطی، اقتصادی و اجتماعی جامعه (داوودی، ۱۳۸۷).

۲-۲-۴ کارکردهای نظام سلامت

براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، کارکردهای نظام سلامت عبارتند از:

(۱) ارائه خدمات

(۲) تولید منابع

(۳) تولید

(۴) تأمین مالی

برای ارزیابی یک نظام سلامت بایستی پنج گزینه مورد سنجش قرار گیرد:

- سطح کلی سلامت

- توزیع سلامت در بین جمعیت

- سطح کلی پاسخ‌دهی

- توزیع پاسخ‌دهی

- توزیع مشارکت در تأمین منابع مالی

یک نظام سلامت مطلوب بیش از هر چیز تلاش در رسیدن به سلامت خوب دارد اما باید توجه داشت که این تلاش نباید موجب شود که حفظ یا ارتقای سلامت افراد به صورتی نامتناسب به افرادی که از سلامت بهتر برخوردارند برسد. نظام سلامت باید بکوشد از طریق ارتقای ترجیحی سلامت فقرا، در جهت کاهش نابرابری تلاش کند (WHO, ۲۰۰۰).

۲-۲-۵ ابعاد نظری عدالت در سلامت

برای درک موضوع، ضرورت ارائه یک تعریف کاربردی برای عدالت در سلامت مطرح می‌شود. این تعریف به این گونه است که «هر فرد باید فرصت مناسب برای دستیابی به سلامت بالقوه را داشته باشد و به‌طور عملی هیچ فردی از آن محروم نشود». با این تعریف، هدف عدالت در سلامت، حذف تمامی اختلافات در سلامت افراد و به یک سطح و یک کیفیت رساندن آن نیست. بلکه باید عواملی کاهش یافته یا حذف شود که قابل پرهیز بوده یا نامناسب است با این نگاه عدالت در سلامت عبارتست از:

- دسترسی برابر به مراقبت‌های در دسترس برای نیاز برابر،

- بهره‌مندی برای نیاز برابر،

- کیفیت برابر از مراقبت‌ها برای همه.

فصل دوم : بررسی متون

بنابراین، عدالت در سلامت به این معنی نیست که هر فردی سطح یکسانی از سلامت داشته، به یک اندازه خدمات را مصرف کرده و از منابع بدون توجه به نیاز بهره ببرد. بیشتر جوامع اعتقاد دارند که منابع و مزایای مراقبت‌های سلامتی در جامعه به گونه‌ای بایستی توزیع شود که تناسب و عدالت را ایجاد نماید. به همین دلیل قضاوت در مورد عملکرد بخش سلامت، مستلزم تحلیل فلسفی است. در این ارتباط سه دیدگاه مبنای چنین قضاوت‌هایی است: سودگرایی^۱، لیبرالیسم^۲ و جامعه‌گرایی^۳.

۲-۲-۵-۱ سودگرایی:

سودگرایی معتقد است که ما باید براساس پیامدهای یک سیاست در مورد آن قضاوت کنیم. سودگرایی با بررسی اثرات یک تصمیم بر مجموع تندرستی افراد در یک جامعه، به ارزشیابی پیامدهای آن می‌پردازد. پرتفرداترین رویکرد فلسفی در مورد عملکرد بخش سلامت بوده و رویکردی مبتنی بر پیامدهاست. به‌طور کلی این رویکرد چنین می‌پندارد که «هدف وسیله را توجیه می‌کند»^۴. براساس این نظریه به هنگام قضاوت در مورد یک سیاست از خود باید پرسیم که این سیاست چه تأثیری بر افراد در جامعه خواهد گذاشت و آن وقت گزینه‌ای را انتخاب کنیم که بیش از همه، کل تندرستی افراد را ارتقا بخشیده و به حداکثر برساند. به این منظور لازم است به چند سؤال پاسخ داده شود تندرستی چه کسانی به حساب می‌آید و تا چه قدر؟ چطور می‌توان تندرستی را عملاً مورد سنجش قرار داد؟ چگونگی پاسخ به این سؤالات است که دو سنت فکری عمده یعنی «سودگرایی عینی و سودگرایی غیرعینی»^۵ را پدید می‌آورد. هر دوی این رویکردها در پی استفاده کارا از منابع برای ایجاد حداکثر خوبی هستند، اما تفاوت‌های مهمی در روش‌ها و کاربردهای آنها وجود دارد.

^۱ . utilitarianism

^۲ . Liberalism

^۳ . communitarianism

^۴ . the end justifies the means

^۵ . subjective & objective utilitarianism

۲-۲-۵-۱ سودگرایی غیرعینی

براساس این نظریه، خود فرد بهتر از هر کس دیگری می‌تواند در مورد آنچه او را خوشحال می‌کند قضاوت نماید. افراد برحسب سلیقه‌ها و ترجیح‌های خاص خود، در موقعیت‌های مختلف سطوح متفاوتی از مطلوبیت را تجربه می‌کنند. عمل درست عملی است که «بیشترین شادی را برای بیشترین تعداد دربر داشته باشد» براساس این رویکرد همه افراد اهمیت دارند و اهمیت همه افراد با هم برابر است. با این رویکرد قضاوت در مورد یک سیاست نیازمند آن است که سطح مطلوبیت هر یک از گزینه‌های سیاستگذاری برای همه افراد با هم جمع شده و سیاست مذکور با جایگزین‌های آن مقایسه گردد. سپس سیاستی انتخاب شود که به بیشترین مطلوبیت منجر می‌گردد.

اقتصاددانان این چارچوب تحلیلی را یک قدم جلوتر می‌برند. آنها طرفدار استفاده از تحلیل «هزینه - فایده» برای تعیین اقدامی هستند که بیشترین مطلوبیت کلی را ایجاد نماید. به این معنی که مشخص شود تمامی کسانی که به صورت بالقوه از یک سیاست یا برنامه سود می‌برند، برای منافع آن تمایل به پرداخت چه مبلغی دارند؟ سپس این تمایل با هزینه برنامه مقایسه می‌شود. اگر منفعی که برآورد می‌شود، بیشتر از هزینه‌ها باشد، آنگاه این سیاست بیشترین خیر را برای بیشترین تعداد افراد در پی خواهد داشت. باید پذیرفت که این نوع تحلیل، هم هزینه‌ها و هم منافع را به زبان پول ارزشیابی می‌کند. از دیدگاه سودگرایان غیرعینی، سلامت یک کالای ویژه نیست بلکه تنها یکی از کالاهایی است که شهروندان می‌توانند بنا به انتخاب خود آن را بخرند یا نخرند. از آنجا که فقط خود افراد هستند که واقعاً می‌دانند چه چیزی آنها را شاد می‌کند، باید به انتخاب آنها احترام گذاشت. با این حال خوش‌بینی نظریه سودگرایی غیرعینی به انتخاب‌های افراد، از دید بسیاری از منتقدان، امری قابل تأیید نیست. این منتقدان نمی‌توانند بپذیرند که کل سیاستگذاری اجتماعی بر خواست‌ها و تصمیمات افراد مبتنی باشد.

۲-۲-۵-۲ سودگرایی عینی

سیاست‌گذارانی که می‌خواهند تندرستی افراد را ارتقا بخشند، اما به پایایی و روایی انتخاب‌های فردی شک دارند، معتقدند تصمیم‌ها باید بر تندرستی فردی مبتنی باشد، و این امر به صورتی عینی و توسط گروهی از متخصصان تعریف شود. این دیدگاه سودگرایی عینی نامیده می‌شود. دیدگاه فلسفی پشت تحلیل بار بیماری از طریق سنجه‌هایی مثل DALY

تعیین توزیع نیروی انسانی ارائه دهندگان خدمات مستقیم بخش بهداشت و درمان ...

فصل دوم : بررسی متون

(سال‌های عمر تعدیل شده برحسب ناتوانی) و QALY (سال‌های عمر تعدیل شده بر حسب کیفیت) که توسط بانک جهانی و سازمان جهانی بهداشت انجام شده است مثالی از سودگرایی عینی است. این رویکرد، (برخلاف تحلیل هزینه - فایده) دستاوردهای سلامت را به زبان پول بیان نمی‌کند.

۲-۲-۵-۲ لیبرالیسم:

لیبرالیسم به حقوق و فرصت‌ها توجه دارد و تأکید آن بر نقطه شروع افراد است و نه بر پایان کار. این مطالبه که شهروندان دارای حق مراقبت سلامت (یا حتی حق سلامت) هستند، نشان دهنده تفکرات لیبرالی است. به بیان فلسفی، سودگرایان قصد دارند عده‌ای از افراد را هدف و عده‌ای دیگر را وسیله در نظر بگیرند و عده‌ای را به پای دیگران قربانی کنند. مفهوم بنیادی از نظر لیبرال‌ها مسأله حقوق مبتنی بر اصل احترام متقابل است که به دو روش مختلف تفسیر می‌شود. آزادی خواهان معتقدند که تنها حقوق منفی شایسته محافظت هستند. این حقوق، آزادی فردی را تضمین می‌کند تا افراد بتوانند آنچه را که می‌خواهند بدون تعدی دولت به انتخاب‌های فردی خود انجام دهند. در مقابل لیبرال‌های مساوات طلب معتقدند که حق انتخاب بدون وجود منابع کافی امری بی‌معنی است. آنها اعتقاد دارند که احترام حقیقی به دیگران نیازمند فراهم کردن پیش شرط‌های لازم برای ممکن ساختن حق انتخاب است. از این‌رو هر فرد دارای یک حق مثبت نسبت به سطح حداقلی از خدمات و منافع مورد نیاز برای تضمین برابری نسبی فرصت‌ها خواهد بود. فردی که گرسنه است، خانه‌ای ندارد، از تحصیلات محروم و مبتلا به بیماری است، فرصت چندانی برای انتخاب معنادار ندارد.

عدالت در سلامت به این معنی است که «سطح پایه و اساسی» خدمات سلامتی برای کلیه آحاد جامعه فراهم شود. اگرچه این تعریف نارساست. دو کلمه «عدالت» و «برابری» همیشه با همدیگر اشتباه می‌شود. در اولی منظور ایجاد تناسب است در عین اینکه ممکن است برابر هم نباشند. در مراقبت‌های سلامتی گاهی عدالت ممکن است به معنای دسترسی نابرابر به خدمات باشد چرا که افراد بیمارتر بایستی دسترسی بیش‌تری داشته باشند و برعکس دو بیمار با شرایط یکسان بایستی دسترسی برابر داشته و به‌طور برابر تحت درمان قرار گیرند.

۲-۲-۵-۳ جامعه گرایی:

نوع جامعه‌ای را که سیاستگذاری عمومی به ایجاد آن کمک می‌کند و نوع افرادی را که در آن جامعه زندگی می‌کنند مهم می‌داند. در این دیدگاه جوامع موظفند اعضای خود را به این سمت و سو حرکت دهند که اعتقادات مشترکی با جامعه، در زمینه فضیلت و رفتار مطلوب داشته باشند. جامعه‌گرایی می‌تواند هم با تفکرات مبتنی بر پیامد و هم با تفکرات مبتنی بر حقوق در تعارض باشد زیرا القای اجباری فضیلت ممکن است دربرگیرنده اقداماتی باشد که تندرستی افراد را به حداکثر نمی‌رساند یا آزادی فردی را محدود می‌کند.

این نظریه چنین استدلال می‌کند که برای قضاوت در مورد سیاست‌های عمومی، آنچه اهمیت دارد نوع جامعه و نوع فردی است که سیاست‌ها در صورت اجرایی شدن، طالب ایجا آن هستند. این دیدگاه بر ماهیت جامعه تأکید دارد و از این‌رو «جامعه‌گرایی» نامیده می‌شود و بر این باور است که خصایص یک جامعه به خصایص افرادی که آن را تشکیل می‌دهند بستگی دارد. از این‌رو، دولت باید اطمینان حاصل کند که افراد خصایص خوبی داشته باشند و به ایجاد یک جامعه خوب کمک نمایند. جامعه‌گرایان نیز به دو دسته تقسیم می‌شوند.

۲-۲-۵-۳-۱ جامعه‌گرایان جهانی

معتقدند یک الگوی جهانی منفرد برای فرد خوب و جامعه خوب وجود دارد. مثال‌های فراوانی در این مورد چه مذهبی و چه غیرمذهبی وجود دارد. ادیان تک‌خدایی که به تبلیغ مذهبی می‌پردازند، نمونه‌هایی از جامعه‌گرایی جهانی هستند.

۲-۲-۵-۳-۲ جامعه‌گرایان نسبی‌گرا

دومین نوع جامعه‌گرایان، رفتارهای فرهنگی در جهان و شدت نقش بستن این فرهنگ‌ها در افراد را شناسایی می‌کنند. جامعه‌گرایان نسبی‌گرا بر این اصل تأکید دارند که هر جامعه خود باید در مورد هنجارها و روش سازماندهی اجتماعی خود تصمیم بگیرد.

تعیین توزیع نیروی انسانی ارائه دهندگان خدمات مستقیم بخش بهداشت و درمان ...

فصل دوم : بررسی متون

در جمع‌بندی باید گفت که هر یک از نظریه‌های اخلاقی سؤالات خاص خود را دارد که منعکس کننده موضوعات حل نشده است و هر کدام نیز بصیرت مهمی را فراهم می‌کند که راهنمای اتخاذ تصمیم در سیاستگذاری نظام سلامت است. این سؤالات عبارتند از:

- برای سودگرایان، تندرستی چگونه باید اندازه‌گیری و سنجیده شود؟

- برای لیبرال‌ها، افراد چه حقوقی دارند؟

- برای جامعه‌گرایان، محدوده‌ها و ارزش‌های جامعه خوب کدامند؟

در پاسخ باید گفت که:

- سودگرایان بر پیامدها تأکید دارند - مردم به کجا باید برسند -

- لیبرال‌ها بر حقوق و فرصت‌ها تأکید می‌کنند - مردم از کجا آغاز کنند -

- جامعه‌گرایان بر انواع افراد و جوامعی که باید خلق شوند؛ تأکید می‌ورزند.

۲-۲-۶ عدالت در سلامت از دیدگاه کاربردی

صرف نظر از دیدگاه‌های فلسفی، به لحاظ کاربردی باید معلوم شود که چگونه می‌توان در موضوع سلامت به عدالت دست پیدا کرد. در ادبیات اجتماعی، اصل عدالت به دو بخش افقی و عمودی تقسیم می‌شود. این عبارت برای اولین بار توسط ارسطو در یونان قدیم بیان می‌شود، به تعبیر او عدالت افقی عبارتست از اینکه برابرها بایستی برابر درمان شوند و عدالت عمودی یعنی اینکه نابرابرها نابرابر درمان شوند. از دید بهداشت و درمان این دو مفهوم دسترسی و بهره‌مندی از خدمات معنی می‌شود که براساس نیاز تنظیم شده و فارغ از شرایط اجتماعی، اقتصادی افراد می‌باشد. بر این اساس افرادی که نیاز بیشتری دارند در اولویت قرار دارند. نیاز بر سه اصل ذیل تعریف می‌شود:

۱. نیاز به عنوان شدت بیماری،

۲. نیاز به عنوان توانایی برخورداری،

۳. نیاز به عنوان حداقل منابع نورم برای تخلیه ظرفیت بهره‌برداري.

براساس تعریف، دورنما این است که اولویت به آنهایی داده شود که سود بیشتری از مراقبت‌ها می‌برند ولی بعضی عقیده دارند که همین امر خود موجب بی‌عدالتی می‌شود زیرا کسانی که به‌طور حاشیه‌ای توانایی بهره‌بردن بیشتری دارند، عمدتاً افراد ثروتمندتر و سالم‌تر یا هر دو هستند. صرف نظر از نگاه‌های مختلف به مقوله عدالت در سلامت، آنچه از مطالعات به دست آمده است بیانگر شرایط ناعادلانه سلامت در کشورهای در حال توسعه است.

۲-۲-۶-۱ عدالت افقی^۶

از منظر عملیاتی عدالت افقی عبارتست از درمان برابر برای شرایط برابر؛ و در واقع درمان برابر برای نیازهای برابر است. لازم است تفاوت مهمی را بین مطلوبیت و دسترسی قایل شد چرا که مطلوبیت برابر برای نیاز برابر مستلزم استاندارد کردن روش‌های درمانی برای شرایط بیماری است. به‌طور مثال دو بیمار که مبتلا به شکستگی لگن هستند و در دو منطقه مختلف از کشور زندگی می‌کنند، باید درمان و فیزیوتراپی یکسان دریافت دارند. دسترسی برابر برای نیاز برابر به این مفهوم است که افراد فرصت یکسانی برای استفاده از مراقبت‌های سلامت داشته باشند در نتیجه عدالت در مصارف و مطلوبیت به این معنی است که مراقبت درمانی برای هر نوع نیاز استاندارد شده است. عدالت در دسترسی زمانی مشکل‌ساز می‌شود که لازم می‌شود برای سبک سنگین کردن^۷ بین عدالت و کارایی هزینه پرداخت شود. به‌طور مثال عدالت این است که واحدهای CCU - که شدیداً حساس به منابع نیز هستند - در نقاط مختلف کشور (هم کم جمعیت و هم پرجمعیت) راه‌اندازی شود - که قطعاً استراتژی صحیحی نمی‌باشد - بنابراین لازم است قیمت عدالت در رابطه با عمر از دست رفته و کیفیت زندگی به دست آمده، سنجیده شود به‌گونه‌ای که از منابع بهره‌ورترین استفاده صورت گیرد.

^۶ . horizontal equity

^۷ . trade off

۲-۲-۶ عدالت عمودی^۸

عدالت عمودی به این مهم می‌پردازد که افراد نابرابر در جامعه بایستی به روش‌های متفاوت درمان شوند که البته روش مورد قبولی در طب است چرا که درمان نزدیک‌بینی با درمان بیماری‌های زنان متفاوت است (حسن زاده، ۱۳۸۷). اگر یک نظام سلامت به دنبال ایجاد برابری است باید به دنبال هر دو نوع عدالت افقی و عمودی باشد یعنی با همه آنهایی که نیاز سلامت مشابه دارند به‌گونه‌ای یکسان برخورد کند و ترجیحاً نیاز آنهایی را برطرف کند که بیشترین احتیاج دارند (WHO, ۲۰۰۰)

۲-۲-۷ بخش‌های اصلی تحلیل عدالت در سلامت

- (۱) تعیین کالا یا خدماتی که باید توزیع شوند و ویژگی‌هایی که ممکن است در توزیع منصفانه آنها تأثیر بگذارد. (چگونه)
- (۲) چگونگی توزیع کالا یا خدمات (عادلانه بودن فرآیند توزیع) و قابل پذیرش بودن نتایج تخصیص. (چگونه)
- (۳) ویژگی‌های دریافت کنندگان خدمات بهداشتی درمانی. (چه کسی)

به عبارت دیگر چه در تعیین نوع کالا و خدمات، چگونگی توزیع آنها و تعیین گروه مخاطب، شناخت هنجارهای فرهنگی مرتبط و نیز شناخت موانع دسترسی به خدمات بایستی مورد توجه سیاستگذاران نظام سلامت قرار گیرد (هدایتی، ۱۳۸۶).

۲-۲-۷-۱ تحلیل برابری و نابرابری در توزیع خدمات سلامت

در دنیای امروزی و در همه جوامع، خدمات سلامت، پیش‌نیاز توسعه پایدار و همچنین زمینه‌ساز سلامت جسمی و روانی افراد است؛ لازمه‌ی این کار، دسترسی متوازن و متعادل به منابع، امکانات و خدمات بخش سلامت در نواحی مختلف جغرافیایی می‌باشد. (طهارى مهر جردى، ۱۳۹۱) (احمدی، ۱۳۹۰). منابع سلامت و خدمات مربوط به آن بایستی به صورت یکنواخت و منصفانه در اختیار همه مردم قرار گیرد، اما توزیع ناعادلانه ثروت و حقوق اجتماعی نابرابر، مانع آن شده که اکثریت جامعه بتوانند از امکانات موجود بهداشتی درمانی متناسب با نیاز خود بهره‌جویند. (ضرابی، ۱۳۸۷). از

^۸. vertical equity

عمده‌ترین مباحث اخلاق پزشکی نوین، برقراری عدالت اجتماعی در سیستم خدمات درمانی و مراقبت‌های بهداشتی و تخصیص منابع در سطح جامعه و هم در سهمیه‌بندی‌ها و انتخاب افراد و گروه‌ها برای خدمات مورد بحث است. رالز معتقد است که عدالت در تمامی مراحل مراقبت سلامت باید رعایت شود. هیچ کس نباید در خارج از چارچوب قانون مشارکت اجتماعی رفتار کند. تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در دیدگاه رالز مبتنی بر تصور یک وضعیت فرضی است و دربردارنده برده جهل یا فراموشی ذهن فرد عامل است که به این مفهوم است که انتخابی عادلانه و اخلاقی است که در آن فرد همه تعلقات جنسی - نژادی، عقیدتی و ... را فراموش کرده و تصور کند که چه تصمیمی به سود جامعه است. بی‌عدالتی در تخصیص منابع باعث می‌شود افرادی که از استطاعت کافی برخوردار نیستند به این منابع دسترسی نداشته و در نتیجه برای درمان و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی درمانی با مشکلات عدیده‌ای مواجه شوند. لذا در بخش خدمات سلامت و مراقبت‌های بهداشتی، ما ناگزیر از به کارگیری معیارهایی برای تعیین اخلاقی بودن تصمیمات در هنگام توزیع منابع هستیم که یکی از حوزه‌های نظریه‌پردازی و عمل در اخلاق زیستی امروزی پرداختن به چنین مسائلی است (زالی، ۱۳۸۷). بنابراین برنامه‌ریزان و سیاستگذاران باید تلاش خود را معطوف به یافتن چرایی فاصله‌ها و شکاف‌های توسعه‌ای و پاسخگویی به آنها با در نظر گرفتن توصیه‌های متخصصین علم اخلاق پزشکی نمایند. به منظور کاهش شکاف سلامت موجود بین شهرستان‌ها و توزیع عادلانه خدمات بهداشتی درمانی، تدوین یک برنامه جامع هماهنگ برای گذر از مقیاس کلان برنامه‌ریزی با رویکرد متمرکز و از بالا به پایین و رسیدن به یک برنامه‌ریزی خرد و محلی در فضایی با مقیاس کوچک الزامی به نظر می‌رسد (برک پور، ۱۳۸۳).

وضعیت خدمات سلامت در کشورهای توسعه یافته تا حدودی رضایت‌بخش است، اما در کشورهای در حال توسعه به دلیل فقدان برنامه‌ریزی بهداشت ملی، سیستم نادرست خدما بهداشت و درمان و کم اهمیت قلمداد کردن بخش سلامت، سهم کمتری از منابع و امکانات خود را در اختیار این بخش قرار می‌دهند و به این لحاظ شکاف عمیقی بین کشورهای در حال توسعه و پیشرفته مشاهده می‌شود (تقوایی، ۱۳۹۰). در ایران نیز چون اکثر کشورهای در حال توسعه در زمینه اقتصادی و اجتماعی آن یک یا دو منطقه یا نهایتاً چند منطقه دارای مسئولیت اصلی در زمینه ایجاد درآمد و

تولید ملی و برخوردار از خدمات عمومی و بالطبع شکوفایی اقتصادی - اجتماعی بوده که به قیمت عقب نگه داشتن مناطق دیگر بوده است (امینی، ۱۳۸۵).

در جمهوری اسلامی، با توجه به سوابق و باورهای فرهنگی و مذهبی غنی، انسان موجودی الهی، لایق بهترین، کارآمدترین و ایمن‌ترین خدمات بهداشتی و درمانی است. بر این اساس اصل عدالت یکی از اصول مهم چهارگانه اخلاقی و از عمده‌ترین مباحث اخلاق پزشکی نوین و قانون اساسی جمهوری اسلامی بوده و آموزه‌های اسلامی بر مبارزه با فقر، گسترش عدالت اجتماعی، برابری در حق بهره‌مندی از مواهب خلقت و مواهب اقتصادی و توسعه اجتماعی صراحتی بی‌نظیر داشته و دارد. (عباسی، ۱۳۸۸). قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران حداقل در سه اصل، تأمین بهداشت و درمان را جزء نیازهای اساسی تعریف کرده و دولت را موظف به بسیج امکانات خود نموده تا سلامت آحاد ملت را تأمین نماید (احمدی، ۱۳۹۰).

در بند دوازدهم اصل سوم این قانون، دولت به برطرف ساختن هر نوع محرومین در زمینه بهداشت و تعمیم بیمه موظف گردیده است. در اصل بیست و نهم، برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کار افتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره حقی همگانی بیان شده است و دولت مکلف گردیده است از محل درآمدهای عمومی و مشارکت‌های مردمی حمایت‌های فوق را برای همه‌ی افراد جامعه تأمین نماید. اصل چهل و سوم قانون اساسی نیز تأمین بهداشت و درمان را در زمره نیازهای اساسی بیان نموده است. با مراجعه به مفاهیم و تئوری‌های اسلام در این زمینه می‌توان دریافت که مفهوم عدالت در اسلام دربرگیرنده کلیه مفاهیم عدالت در سایر مکاتب و نظریه‌ها بوده و می‌توان یک مدل جامع و کامل برای برقراری عدالت در جوامع اسلامی و حتی سایر جوامع ارایه نمود لذا مهمترین گام برای حل مسائل سلامت و نیل به عدالت اجتماعی و برابری در سیستم‌های بهداشتی درمانی این است که تأمین سلامت مردم و عدالت در سلامت اولویت روز جامعه و دغدغه اصلی تمام افراد شود که تصمیم‌گیرندگان جامعه هستند (عباسی، ۱۳۸۸).

۲-۲-۸ منابع انسانی:

منابع انسانی به عنوان یکی از مهمترین کارکردهای تولید منابع است. از نگاه سازمان بهداشت جهانی به چهار دلیل نگاه به این کارکرد اهمیت دارد.

(۱) عملکرد هر سیستمی به ترکیبی از مهارت‌ها، در دسترس بودن و عملکرد نیروی انسانی وابسته است.

(۲) بخش قابل توجهی از بودجه سلامت به تولید و روزآمد نمودن منابع انسانی اختصاص داده می‌شود.

(۳) هزینه‌های انسانی و اقتصادی مدیریت ضعیف نیروی انسانی بخش سلامت بسیار بالاست .

(۴) به دلیل ضعف مدیریت نیروی انسانی بخش سلامت در برخی کشورها منابع مالی بین‌المللی به دشواری و با محدودیت تخصیص داده می‌شود.

منابع انسانی یعنی انواع مختلف کارکنان بالینی و غیربالینی که امکان انجام مداخلات فردی و فعالیت‌های بهداشت عمومی را فراهم می‌کنند و مهمترین ورودی‌های نظام سلامت هستند. نظام‌های سلامت برای داشتن کارکرد خوب نیازمند کارکنان آموزش دیده و ماهرند (WHO, ۲۰۰۰). بخش بهداشت و درمان که در واقع حافظ و پشتیبان تندرستی و بهداشت جسمانی و روانی نیروی انسانی است، خود بیش از سایر بخش‌ها به این نیرو متکی است. برآورد نیازهای یک کشور برای منابع انسانی بهداشتی درمانی و روش‌های تأمین کمبود یا بهبود آن، در قالب برنامه‌ریزی نیروی انسانی سلامت و در چارچوب استراتژی توسعه سلامت ملی صورت می‌گیرد. عدم توازن در عرضه و تقاضای نیروی انسانی بهداشتی درمانی سبب عدم کارایی در ارائه خدمات شده و از سویی، سازماندهی نادرست نیروها به این عدم کارایی دامن می‌زند(آصف زاده، ۱۳۹۲).

۲-۲-۸-۱ برنامه‌ریزی نیروی انسانی سلامت:

عبارت است از فرآیند پیش‌بینی، فراهم‌آوری، تربیت، آموزش و سازماندهی نیروی انسانی خدمات بهداشتی درمانی برای دستیابی به اهداف سلامت از پیش تعیین شده یک جامعه. هدف برنامه‌ریزی نیروی انسانی سلامت عبارت است از

فراهم‌آوری نیروی انسانی مورد نیاز با توجه به منابع محدود اقتصادی به نحوی که بتوان حداکثر بهره مطلوب را از مهارت‌های انسانی در راستای عرضه خدمات سلامت گرفت. هدف این است مشاغلی ایجاد شود که با هزینه‌ای متعارف نیازها و تقاضاهای اجتماعی را برآورده سازد. برنامه‌ریزی نیروی انسانی سلامت واقعی بایستی محدودیت‌های اقتصادی و نیازهای سلامت را به‌طور هم‌زمان در نظر گیرد. همواره در عمل تقاضاها و نیازهای سلامت را حدی نیست در حالی که در تأمین منابع مالی برای درخواست‌های اجتماعی محدودیت وجود دارد.

برابری در تأمین نیازهای نیروی انسانی سلامت کشورها با توجه به هنجارها و استانداردهای موجود در هر کشور به دست می‌آید تعداد پزشکان به نسبت جمعیت و رسیدن به سطح مطلوب آن بستگی به این دارد که جامعه در چه مرحله از رشد و توسعه اقتصادی و اجتماعی قرار دارد، چه آینده‌ای را در پیش خواهد داشت و عملکرد قبلی آن برای تأمین نیروی انسانی سلامت چگونه بوده است. البته تنها دست یافتن به شاخص‌های کمی کافی نیست بلکه کیفیت و نوع آموزش و مهارت، توزیع نیرو در مشاغل و رده‌های بهداشتی درمانی و توزیع جغرافیایی نیروهای انسانی اهمیت دارد. برابری در نیروی انسانی سلامت به این معنی است که کشورها مطمئن شوند عرضه نیروی انسانی و توزیع بهره‌برداری از آن - بر حسب حرفه، رده‌های شغلی، مناطق جغرافیایی، سطح مراقبت (اولیه، ثانویه، پشتیبان)، نوع سازمان، تخصص - با اصول اثربخشی هزینه‌ای اهداف سلامت سازگار است و می‌تواند از عهده‌ی پاسخگویی به نیازهای سلامت همگان و تقاضای مردم برای خدمات به خوبی برآید (آصف زاده، ۱۳۹۲).

توزیع برابر نیروی انسانی می‌تواند از عوامل مؤثر بر ارتقاء شاخص‌های سلامت در یک کشور شود (کریمی، ۱۳۸۴). همچنین توزیع زیرساخت و منابع ورودی به‌ویژه پزشکان با توجه به نقش اساسی که در میزان کارایی و اثربخشی خدمات بهداشتی درمانی دارند آنان را به عنوان یکی از مهمترین عوامل در مدیریت تخصیص منابع قرار داده است (امینی، ۱۳۸۶). سیاستگذاری جهت توزیع منابع انسانی به‌ویژه نیروی پزشکی از تصمیماتی است که در سطح کلان کشور و توسط وزارت بهداشت کشورها انجام می‌گیرد و همین امر مستندسازی منظم نحوه توزیع آن را به یک نگرانی دائمی سیاستگذاران تبدیل کرده است (Gravelle, ۱۹۹۸).

۲-۸-۲-۲ مشکلات منابع انسانی در ارائه خدمت

(۱) عدم توازن تعداد: بررسی‌های اخیر بر روی منابع انسانی در ۱۸ کشور با درآمد متوسط و پایین بیانگر آن بود که اکثر کشورها، با درجات مختلفی از کمبود کارکنان کیفی سلامت دست و پنجه نرم می‌کنند. به خصوص در آفریقای جنوبی صحرا، ظرفیت آموزشی محدود و پرداخت پایین به کارکنان مراقبت سلامت، منجر به بروز مشکلات جدی در ارائه خدمات می‌شود. در کشورهای دیگر مانند مصر، از دیرباز، ازدیاد پزشکان به مشکل تبدیل شده است. بنابراین مازاد ممکن است مطلق (مانند آنچه در مورد پزشکان متخصص در بسیاری از کشورهای اروپای شرقی و آسیای مرکزی دیده می‌شود) و یا نسبی باشد (بر حسب منطقه جغرافیایی).

(۲) عدم توازن ترکیب آموزش و مهارت: کارکنان مراقبت سلامت غالباً برای وظایفی که انجام می‌دهند کفایت لازم را ندارند دلیل این امر می‌تواند کمبود فرصت‌های آموزشی (مثلاً در بسیاری از کشورهای آفریقایی) و یا عدم تطابق بین مهارت‌های موجود و نیازها و اولویت‌های نظام مراقبت سلامت (مثلاً در کشورهای اروپای شرقی و آسیای مرکزی) باشد البته تعداد پزشکان و سایر کارکنان سلامت با نوع خاصی از آموزش و مدرک، تنها بخشی از این داستان است.

(۳) عدم توازن توزیع: تقریباً تمام کشورها، از عدم توازن توزیع منابع انسانی میان مناطق شهری و روستایی رنج می‌برند و با مشکلاتی در برطرف ساختن نیاز گروه‌های خاص مانند فقرا، معلولان یا اقلیت‌های نژادی روبرو هستند. تقریباً در همه جا ارایه کنندگان، در مناطق شهری متمرکزند. در کامبوج، ۸۵ درصد جمعیت در مناطق روستایی متمرکزند در حالی که ۱۳ درصد از کارکنان مراقبت سلامت دولتی در آنجا مشغولند. در نپال تقریباً ۲۰ درصد از پست‌های پزشکان در روستا پر شده است در حالی که این میزان در مناطق شهری ۶۶ درصد است (WHO, ۲۰۰۰). در کشورهای اروپای غربی که نسبت پزشک به جمعیت بالاست، تساوی در توزیع جغرافیایی پزشکان بهتر از دیگر کشورها نیست از سوی دیگر در کشور انگلستان با وجود پایین بودن نسبت پزشک به جمعیت، توزیع در جامعه متعادل‌تر از دیگر کشورهای منطقه است. به عنوان مثال شواهدی وجود دارد که جریان توزیع پزشکان در ایالات متحده آمریکا از مناطق شهری به روستایی است که این حالت بر اثر فشار اقتصادی شکل گرفته است (سعادت، ۱۳۸۸). همچنین اختلافاتی نیز میان شاخص‌های بهداشتی درمانی در بین ایالت‌ها وجود دارد به گونه‌ای که نسبت پزشک به جمعیت در برخی ایالت‌های آن تا بیش از ۲

تعیین توزیع نیروی انسانی ارائه دهندگان خدمات مستقیم بخش بهداشت و درمان ...

فصل دوم : بررسی متون

برابر ایالت‌های دیگر است (امینی، ۱۳۸۵). استرالیا و کانادا نیز به نحوی با مشکل توزیع مواجهند و این تفاوت در نحوه توزیع مشاهده می‌شود (اردلان، ۱۳۸۱).

۲-۲-۹ ساختار نظام سلامت کشور ایران

نظام بهداشتی درمانی کشور ایران در سه سطح کشوری، استانی و شهرستان سازماندهی شده است. در سطح کشوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ستاد اصلی هماهنگ نظام بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را تشکیل می‌دهد. در سطح استان دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی عهده‌دار نظارت بر فعالیت‌های شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌ها، پشتیبانی از واحدهای عرضه خدمات پیش‌بینی شده و آموزش پزشکی در رشته‌های وابسته به آن می‌باشند. در سطح شهرستان واحدهای اجرای خدمات بهداشتی قرار دارند که با عنوان شبکه بهداشت و درمان شهرستان به ارایه خدمات می‌پردازند. شبکه بهداشت و درمان شهرستان به عنوان کوچکترین واحد مستقل نظام بهداشت و درمان کشور محسوب می‌گردد. نظام بهداشتی درمانی کشور ایران مانند بسیاری کشورهای در حال توسعه از نوع تعاونی همگانی می‌باشد. ارائه خدمات بهداشتی و پیشگیری در ایران کلاً دولتی است هرچند سازمان‌های ملی و ارگان‌های نیمه دولتی نیز ممکن است تا حدودی عهده‌دار خدمات بهداشتی باشند. از سوی دیگر خدمات درمانی چنان مابین مؤسسات مختلف تقسیم شده است که تشخیص حدود مسئولیت‌های آنها چندان آسان نیست. این نظام از نظر قانونی تحت نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد (آصف زاده، ۱۳۸۵). و بخش دولتی و خصوصی در کنار هم ارائه خدمات مختلف بهداشتی درمانی را برعهده دارند ولی عمدتاً بخش دولتی و به‌ویژه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در این زمینه از سهم بیشتری برخوردار است. در زیر سازمان‌های مرتبط ذکر گردیده است.

۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: بیش از ۷۰،۹ درصد از مؤسسات درمانی کشور وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی است که مستقیماً زیر نظر وزارت بهداشت و درمان فعالیت می‌کنند تا قبل از سال ۱۳۷۳ ادارات منطقه‌ای مسئولیت برخی واحدهای درمانی را برعهده داشتند که پس از آن تمام واحدها به دانشگاه‌های مربوطه واگذار گردیده است. دانشگاه‌های علوم پزشکی از طریق شبکه‌های خدمات بهداشتی درمانی کشور مسئولیت پاسخگویی به نیازهای

تعیین توزیع نیروی انسانی ارائه دهندگان خدمات مستقیم بخش بهداشت و درمان ...

فصل دوم: بررسی متون

جمعیت هدف را برعهده دارند تمامی مراکز بهداشتی درمانی نیز شامل درمانگاه، کلینیک، پلی کلینیک و مراکز بهداشت کلاً در اختیار وزارتخانه مذکور می باشد.

(۲) بخش خصوصی: ۱۸،۸ درصد از کل مؤسسات درمانی در اختیار بخش خصوصی است همچنین بخش خصوصی عهده دار ۲۳ درصد از آزمایشگاه ها و ۳۷،۴ درصد از مراکز رادیولوژی نیز می باشد.

(۳) سازمان های تأمین اجتماعی: سازمان تأمین اجتماعی در بخش درمان ۲،۷۵ درصد از مراکز درمانی را در اختیار دارد و سهم این سازمان از مراکز تشخیصی آزمایشگاه ۳،۲ درصد و رادیولوژی ۴،۱ درصد است. سازمان تأمین اجتماعی علاوه بر ارائه خدمات بهداشتی درمانی یکی از سازمان های بیمه ای در زمینه بهداشت و درمان نیز به شمار می رود.

(۴) سازمان های خیریه و غیردولتی: ۱،۹ درصد از مراکز درمانی در اختیار این سازمان هاست.

(۵) بنیادها: شامل بنیاد شهید، بنیاد جانبازان و مستضعفان هستند که در حدود ۱،۹ درصد از مراکز درمانی را در اختیار دارند.

(۶) سازمان بهزیستی: ۱،۵ درصد از مراکز درمانی در اختیار این سازمان است.

(۷) وزارت نفت: مراکز درمانی وابسته به این وزارتخانه ۰،۹ درصد از کل مراکز درمانی را تشکیل می دهند.

(۸) سایر سازمان ها و مؤسسات دولتی: (۱،۰۷ درصد) (آصف زاده، ۱۳۸۵).

۲-۲-۱۰ توزیع جغرافیایی پزشکان، پرستاران در ایران

پس از انقلاب اسلامی در ایران تغییرات بنیادینی در زمینه های مختلف آموزشی و علمی در علوم فنی و پزشکی، به خصوص در زمینه آموزش علوم پزشکی صورت گرفت. در سال های ابتدایی پس از انقلاب، کشور به شدت از کمبود نیروی متخصص در حوزه علوم پزشکی رنج می برد به طوری که در بعضی از نقاط کشور به ازاء هر ۱۸ هزار نفر یک پزشک وجود داشت (مروندی، ۱۳۸۰). تلاش های صورت گرفته در کشور در دهه ی ۶۰ و اوایل دهه ۷۰ در راستای افزایش کمی پرسنل حوزه های مختلف علوم پزشکی بود که رشد قابل توجهی را در این زمینه خصوصاً در سال های

پایانی دهه ۷۰ به دنبال داشت. با آغاز دهه ۸۰ این فرآیندها منجر به ایجاد تحول در نظام آموزشی رشته های علوم پزشکی در بعضی دانشگاه ها شد (عزیزی، ۱۳۸۸). چنین تغییراتی در رشته های تخصصی حوزه های مختلف علوم پزشکی نیز روی داد، برای مثال تعداد کل پزشکان در کشور از حدود ۲۰ هزار نفر در سال ۱۳۶۰ به حدود ۱۱۷ هزار نفر در سال ۱۳۸۷ رسید. در سال ۱۳۸۷ بیشترین نسبت پزشکان عمومی به ده هزار نفر جمعیت به ترتیب در استان تهران (۱۸،۷)، یزد (۱۳،۹) و اصفهان (۱۲،۲) و کمترین نسبت به ترتیب در استان های خراسان شمالی (۳،۴)، سیستان و بلوچستان (۳،۷) و خراسان جنوبی (۳،۸) می باشد. در این بین بیشترین نسبت پزشکان متخصص به ده هزار نفر جمعیت به ترتیب در استان تهران (۱۱،۱)، سمنان (۴،۶) و اصفهان (۴،۴) و کمترین نسبت پزشکان متخصص در ده هزار نفر جمعیت، به ترتیب در استان خراسان جنوبی (۰،۶)، سیستان و بلوچستان (۱) و هرمزگان (۱،۲) بوده است. علیرغم رشد قابل قبول و گسترده در تعداد کادر پزشکی در کشور طی دو دهه ی اخیر متأسفانه عدم توزیع یکنواخت و همگون ایشان در کشور باعث شده است تا لذت این توسعه و ارتقاء در جای جای کشور به صورت متوازن درک نشود (حق دوست، ۱۳۸۹).

۲-۳ مروری بر مطالعات انجام یافته

۲-۳-۱ مطالعات انجام یافته در ایران و جهان:

- در پژوهشی با عنوان "تعیین نیروی انسانی پرستاری مورد نیاز در بیمارستان نمونه کمتر از ۱۰۰ تختخوابی بر اساس استانداردهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی" نتایج نشان داد که میانگین درصد اشغال تخت در بیمارستان مورد مطالعه ۳۲٪ بوده و کادر پرستاری مورد مطالعه ۹۶ نفر شامل ۳۸ پرستار، ۱۶ بهیار و ۴۲ کمک بهیار بوده که کادر پرستاری مطلوب بیمارستان بر اساس میانگین اشغال تخت سالانه بطور کلی ۹۴ نفر پرسنل پرستاری شامل ۶۰ پرستار، ۲۰ بهیار و ۱۴ کمک بهیار می باشد (۲۶).
- متوسط جهانی تعداد نیرو پرستاری و مامایی به ازای هر ده هزار نفر جمعیت ۲۸ نفر می باشد، این رقم در مناطق شش گانه سازمان جهانی بهداشت به اینصورت است که در اروپا ۶۸ نفر، آمریکا ۵۵ نفر، غرب اقیانوس آرام ۲۱ نفر، منطقه مدیترانه شرقی ۱۴ نفر، آسیای جنوب شرقی ۱۱ نفر و آفریقا ۱۱ نفر گزارش شده است (۲۷).

فصل دوم : بررسی متون

- در مطالعه ای که صادقی فر و همکاران در سال ۸۷ تحت عنوان "بررسی وضعیت نیروی انسانی مورد نیاز بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایلام مطابق با ضوابط و استانداردهای پرسنلی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی" انجام شد به بررسی وضعیت موجود بیمارستان های مورد مطالعه بر اساس استانداردهای وزارت بهداشت و الگوی پیشنهادی خود مطالعه پرداخت، نتایج پژوهش حاکی از نزدیک بودن وضعیت موجود نیروی انسانی با الگوی پیشنهادی بود که این امر احتمالاً ناشی از منطق صحیح تر این الگو برای تعیین نسبت های برآورد نیروی انسانی می باشد، از مجموع ۶۲ بخش بیمارستان های مورد مطالعه ۴۸ بخش (۷۷/۴۲٪) از نظر نیروی انسانی پایین تر از استانداردهای وزارت بهداشت و بر اساس الگوی پیشنهادی نیز ۳۲ بخش (۵۳/۲۲٪) پایین تر بودند (۲۸)
- در پژوهش مومنی تحت عنوان " برآورد نیروی انسانی مورد نیاز بیمارستان شهدای تجریش بر اساس ضوابط و استانداردهای وزارت بهداشت در مورد برآورد نیروی انسانی یک بیمارستان دولتی بر اساس استانداردهای وزارت بهداشت، ۸۰/۶۱ درصد بخش ها کمتر از استاندارد و ۱۹/۳۹ درصد نیز بیشتر از حد استاندارد نیرو داشتند (۲۹).
- مطالعه صادقی فر و همکاران تحت عنوان " برآورد نیروی پرستاری مورد نیاز مطابق با الگوی پیشنهادی وزارت بهداشت" در سال ۱۳۹۰ ، نتایج بطور کلی نشان داد در ۲ بیمارستان مورد مطالعه به ترتیب ۱۹۳ و ۴۶ نیروی پرستاری کمتر از حد استاندارد داشتند. با توجه به نتایج وضعیت نیروی پرستاری بیمارستان های مورد مطالعه هم به لحاظ تعداد و هم ترکیب، با استانداردهای وزارت بهداشت فاصله زیادی دارد (۳۰).
- در مطالعه ای تحت عنوان "بررسی توزیع نیروی انسانی متخصص در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران" نتایج نشان داد که در بیمارستان های مورد مطالعه به جز بیمارستان امام خمینی (ره) با کمبود نیروی انسانی مواجه بودند (۳۱).
- مطالعه ای تحت عنوان "مطالعه تطبیقی ترکیب نیروی انسانی سلامت در کشورهای حوزه مدیترانه شرقی (۸۷-۸۶)" که به منظور مقایسه ترکیب نیروی انسانی سلامت بر حسب گروه های درآمدی و جغرافیایی

فصل دوم : بررسی متون

در منطقه مدیترانه شرقی انجام شد، نتایج حاکی از این بود که در این منطقه توزیع نابرابری از چگالی پزشک وجود داشته، در این منطقه؛ لبنان با ۲۸/۸ پزشک به ازای هر ده هزار نفر بیشترین پزشک و سومالی با ۰/۴ کمترین میزان پزشک را در منطقه داشت. همچنین ایران در میان ۲۳ کشور منطقه رتبه ۱۵ را از نظر بالا بودن چگالی پزشک داشت. در این مطالعه چگالی پرستار و ماما به ازای هر ده هزار نفر نیز توزیع بسیار نابرابری داشت، به گونه ای که بحرین با چگالی ۶۱ بیشترین و سومالی با چگالی ۲ کمترین میزان چگالی پرستار را در منطقه داشتند. نتایج همچنین نشان داد که ایران کمبود شدید از نظر پرستار و ماما وجود داشت (۳۲).

○ نتایج مطالعه ای تحت عنوان " کمبود متخصص در ژاپن: یک مطالعه طولی با استفاده از داده بررسی پزشک " در سال ۲۰۰۹ نشان داد که در این کشور کمبود کارکنان متخصص در بیمارستان ها و توزیع نامناسب آنها در بین بخش های بیمارستانی تا کنون در اولویت توجه قرار نگرفته است (۳۳).

○ Matsumoto و همکاران در مطالعه ای تحت عنوان "توزیع جغرافیایی پزشک مراقبت اولیه در ژاپن و انگلستان" نشان داد که در این کشورها توزیع نامناسب نیروی انسانی در بخش های مراقبت سلامت دیده می شود. آنها بیان می کنند برای حل این معضل علاوه بر استفاده از نظام بیمه تساوی گرا، به مداخلات از سوی دولتمردان جهت تدوین راهبرد و الگوی مناسب احساس می شود (۳۴).

○ بطور کلی در شهرهای ایالات متحده با کمبود اورولوژیست مواجه هستند، بر اساس مدل های چند متغیره در نواحی غیر شهری و روستایی تعداد اورولوژیست کمتر بوده تا در نواحی شهری. الگوی چگالی اورولوژیست نشان می دهد که از آب و هوا، سطح آموزش ناحیه بیشتر متاثر است تا معیارهای اقتصادی. تعداد اورولوژیست های با سن کمتر از ۴۵ سال در نواحی غیر شهری ۳ برابر کمتر از همکاران با سن بالای آنها بوده است (۳۵).

○ شواهد نشان داد که حدود ۸۰ پزشک خانواده به ازای هر صد هزار نفر جمعیت در ایالات متحده می باشد، همچنین یافته ها نشان می دهد که در مناطق روستایی ۶۸ پزشک و در مناطق شهری ۸۴ پزشک به ازای هر صد هزار نفر جمعیت بوده است. این توزیع نابرابر نشان می دهد که بسیاری از نواحی با کمبود پزشک مواجه هستند بخصوص در نواحی روستایی و مناطق محروم اجتماعی (۳۶).

فصل دوم: بررسی متون

- نتایج مطالعه زندیان و همکاران تحت عنوان سنجش نابرابری در توزیع منابع بهداشتی درمانی: یک مطالعه موردی، در دانشگاه علوم پزشکی اردبیل در سال ۱۳۹۱ نشان داد که در طی سالهای ۱۳۸۸-۱۳۸۰ روند توزیع پزشکان متخصص نزولی بوده و اندکی کاهش در میزان نابرابری در توزیع این نیروی کار دیده شد و شدیدترین کاهش در میزان نابرابری در مورد نیروی کار پزشکان عمومی اتفاق افتاد که در طی چهار سال منتهی به سال ۱۳۸۸ روند مشهودتری داشت (زندیان، ۱۳۹۱) (۳۷).

- مطالعه‌ای که توسط کریمی در سال ۱۳۸۴ با عنوان بررسی توزیع نیروی انسانی بهداشتی درمانی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور با استفاده از ضریب جینی؛ ۱۳۸۲-۱۳۸۱ انجام گرفت نتایج حاکی از آن بود که عدالت در توزیع پزشک عمومی و پرستار کاملاً رعایت نشده است (کریمی، ۱۳۸۴).

- نتایج مطالعه توفیقی و همکاران در سال ۱۳۸۹ تحت عنوان وضعیت توزیع پزشک متخصص و تخت فعال در بیمارستان‌های دولتی ایران: سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۸۰ نشان داد که میزان ضریب جینی پزشکان متخصص در طی سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۸۰ در بیمارستان‌های دولتی به ترتیب ۰،۰۸۷۶، ۰،۰۸۷۴، ۰،۰۹۰۹، ۰،۰۳۲۹، ۰،۰۹۵۱ و ۰،۰۵۲ بوده است (توفیقی، ۱۳۸۹).

- نتایج مطالعه Matsumoto و همکاران در سال ۲۰۱۲ تحت عنوان آیا عرضه ناکافی پزشکان، توزیع روستایی و شهری را نامناسب کرده است؟ مقایسه‌ای از هیروشیما و ناکازاکی در کشور ژاپن نشان داد که افزایش میزان پزشک به جمعیت در نقاط شهری و روستایی در ناکازاکی نسبت به هیروشیما بیشتر بود و طی این دوره ضریب جینی هیروشیما به سمت بی‌عدالتی بیشتر از صفر به یک حرکت کرد و بی‌عدالتی جغرافیایی بیشتر پزشکان در هیروشیما نسبت به ناکازاکی وجود داشت (Matsumoto, ۲۰۱۲).

- مطالعه‌ای که توسط Sousa و همکاران در سال ۲۰۱۲ با عنوان سنجش نابرابری نیروی کار سلامت: مطالعه موردی از کشور برزیل طی سالهای ۲۰۰۵-۱۹۹۱ انجام گرفت نتایج آن نشان داد که ضریب جینی برای پزشکان در سال ۱۹۹۱، ۰،۶ و در سال‌های ۲۰۰۰ و ۲۰۰۵، ۰،۵۸ بود (Sousa, ۲۰۱۲).

فصل دوم : بررسی متون

- نتایج مطالعه Erdinç در سال ۲۰۱۵ با عنوان چگونه مداخلات دولتی توزیع پزشکان را در کشور ترکیه تحت تأثیر قرار می دهد نشان داد که در سال ۱۹۶۵ ضریب جینی برای کل پزشکان ۰،۴۷ و در سال ۲۰۰۰ به طور قابل توجهی به ۰،۲ کاهش پیدا کرد. در سال ۱۹۶۵ ضریب جینی برای پزشکان عمومی ۰،۴۴ و برای پزشکان متخصص ۰،۵۲ بود و در سال ۲۰۰۰ این میزان در مورد پزشکان عمومی به ۰،۱۳ و در مورد پزشکان متخصص به ۰،۲۸ کاهش پیدا کرد (Erdinç, ۲۰۱۵).

- مطالعه ای که توسط Theodorakis و همکاران تحت عنوان سنجش نابرابری های سلامت در آلبانی: تمرکز روی توزیع پزشکان عمومی در سال ۲۰۰۶ انجام شد نتایج آن حاکی از آن بود که شاخص جینی توزیع پزشکان عمومی در سال ۲۰۰۰، ۱۵۴، بود (Theodorakis, ۲۰۰۶).

- نتایج مطالعه ای که توسط Toyabe تحت عنوان روند توزیع جغرافیایی پزشکان در ژاپن در سال ۲۰۰۹ انجام شد حاکی از آن بود که بین سال های ۲۰۰۶-۱۹۹۶ توزیع پزشکان در بیمارستان های عمومی و دانشگاهی روند خوبی نداشت و از سال ۲۰۰۴ توزیع نامناسب آنها بدتر (ناعدلانتر) شد (Toyabe, ۲۰۰۹).

- نتایج مطالعه ای که توسط Theodorakis در سال ۲۰۰۵ تحت عنوان نابرابری در توزیع پزشکان مراقبت اولیه روستایی در دو ناحیه دور افتاده آلبانی و یونان انجام شد حاکی از آن بود که پزشکان اولیه در هر دو منطقه توزیع نابرابری داشتند (Theodorakis, ۲۰۰۵).

- مطالعه ای که توسط Hiroshi و همکاران در سال ۲۰۰۴ تحت عنوان نابرابری سلامت در تایلند: توزیع جغرافیایی ملزومات پزشکی در استانها انجام شد نتایج آن حاکی از آن بود که توزیع نسبتاً نابرابری در پرسنل پزشکی مخصوصاً پزشکان با ضریب جینی ۰،۴۳۳ وجود داشت (Hiroshi, ۲۰۰۴).

- مطالعه ای که توسط Huang در سال ۲۰۰۱ با عنوان تغییر در توزیع جغرافیایی پزشکان در تایوان: ۱۹۹۸-۱۹۸۴ انجام گرفت نتایج آن نشان داد که توزیع جغرافیایی برای کل پزشکان در طول سالهای مذکور بر اساس ضریب جینی

بهبود پیدا نکرده است و افزایش در تأمین نیروی انسانی پزشک می‌تواند باعث بهتر شدن توزیع جغرافیایی پزشکان شود (Huang, ۲۰۰۱).

- نتایج مطالعه Matsumoto و همکاران در سال ۲۰۱۰ با عنوان خود اشتغالی، انتخاب تخصص و توزیع جغرافیایی پزشکان در ژاپن: مقایسه‌ای با ایالت متحده نشان داد که بین متخصصین پزشکی از نظر تعداد و عدالت در توزیع جغرافیایی (ضریب جینی) بین کشورهای ایالت متحده و ژاپن اختلاف وجود داشت و عدالت در توزیع پزشکان متخصص در کشور ژاپن نسبت به ایالات متحده کم‌تر بود و همچنین در دو کشور نسبت پزشک به جمعیت بیشتر با عدالت بیشتر در توزیع همبستگی داشت. در کشور ژاپن بین میزان کلینیک بیشتر در یک رشته تخصصی و ضریب جینی کم‌تر (عدالت بیشتر) در توزیع جغرافیایی پزشکان همبستگی وجود داشت ولی چنین چیزی در مورد کشور ایالات متحده معنی‌دار نبود (Matsumoto, ۲۰۱۰).

- مطالعه‌ای که توسط Hoerv و همکاران در سال ۲۰۰۴ با عنوان روند تفاوت در اختصاص منابع مراقبت سلامت بر حسب موقعیت جغرافیایی در ایالات متحده انجام شد نتایج آن نشان داد که بیشترین مقدار ضریب جینی توزیع پزشکان با ۰،۴ مربوط به ایالت میسوری و کمترین آن مربوط به ایالت کانکتیکات با ۰،۰۹ می‌باشد (Hoerv, ۲۰۰۴).

- مطالعه‌ای که توسط Matsumoto و همکاران در سال ۲۰۱۰ تحت عنوان توزیع جغرافیایی پزشکان در ژاپن و ایالات متحده: تأثیر سیستم مراقبت سلامت بر الگوی پراکندگی پزشکان انجام شد نتایج آن نشان داد که ضریب جینی توزیع پزشک به نسبت جمعیت بین سال‌های ۲۰۰۵-۱۹۸۰ در دو کشور غیر از تغییر ناچیز کاهشی اتفاق افتاده در کشور ژاپن در سال ۱۹۸۵، میزان تقریباً مشابهی داشت (Matsumoto, ۲۰۱۰).

- نتایج مطالعه Matsumoto و همکاران در سال ۲۰۱۰ تحت عنوان توزیع جغرافیایی پزشکان مراقبت اولیه در ژاپن و انگلستان نشان داد که ضریب جینی پزشکان مراقبت اولیه در ژاپن با ۰،۱۷۵۵، بیشتر از دو برابر ضریب جینی پزشکان مراقبت اولیه در کشور انگلستان با ضریب جینی ۰،۰۸۳۷ بود که عدالت کم‌تر قابل توجه را در ژاپن به نسبت جمعیت نشان داد (Matsumoto, ۲۰۱۰).

فصل دوم : بررسی متون

- مطالعه‌ای که توسط Chen و همکاران در سال ۲۰۱۴ تحت عنوان عدالت نیروی کار سلامت مرتبط با خدمات سلامت جامعه شهری کشور چین انجام گرفت نتایج آن نشان داد ضریب جینی پزشکان به نسبت ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت ۰,۳۹ بود (Chen, ۲۰۱۴).

بر اساس مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۶ توسط گروه ساختار سلامت مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت با همکاری کمیته کشوری بررسی و بازنگری ساختار و فرآیندهای نظام شبکه در خصوص ایجاد مراکز بهداشتی و نحوه جذب نیروی انسانی مورد نیاز انجام دادند ساختار آن به صورت ذیل به وزارت بهداشت و درمان پیشنهاد نمودند :

الف - خانه بهداشت روستایی: تا ۱۵۰۰ نفر جمعیت ➡ یک بهورز زن + یک بهورز مرد برای جمعیت کمتر از ۱۵۰۰ نفر، می توان بازای دو خانه بهداشت مجاور، یک بهورز مرد مشترک در نظر گرفت. برای جمعیت از ۱۵۰۱ تا ۲۵۰۰ نفر ➡ دو بهورز زن + یک بهورز مرد برای جمعیت‌های بیشتر از ۲۵۰۰ نفر (در صورتیکه وسعت روستا طولی یا طوری باشد که دسترسی مردم با یک ساعت پیاده روی برای مردم مشکل ایجاد کند) بهتر است دو خانه بهداشت در نظر گرفته شود و بهورز مرد را مشترک بین دو خانه بهداشت قرار داد. چنانچه خانه بهداشت دوم در نظر گرفته نشد، بازای افزایش هر بهورز اضافی به ۷۰۰ نفر جمعیت بیشتر نیاز است. به عبارت دیگر، تا جمعیت ۳۲۰۰ نفر، یک بهورز اضافه می شود. خاطرنشان می سازد در هیچ شرایطی برای جمعیت‌های زیر ۵۰۰ نفر، خانه بهداشت در نظر گرفته نمی شود. اگر تعداد روستاهای دارای سکنه تحت پوشش خانه بهداشت از ۶ قریه بیشتر و مسیر و فاصله روستاها به گونه‌ای باشد که بازدید از ۲ روستا یا بیشتر در یک روز میسر نگردد، می توان یک بهورز مرد به کارکنان خانه مزبور اضافه کرد.

ب - مرکز بهداشتی درمانی روستایی: نیروی انسانی معمول یک مرکز بهداشتی درمانی روستایی با توجه به اجرای برنامه پزشک خانواده و مراجعات درمانی ارجاعی از خانه‌های بهداشت تابعه، نظارت‌ها و ... عبارتست از: یک نفر پزشک بازای جمعیتی حدود ۴۰۰۰ نفر. این پزشک وظیفه سرپرستی کلیه خدمات بهداشتی درمانی موردنیاز جمعیت تحت پوشش خود را به عهده دارد و علاوه بر ویزیت بیماران باید به خانه‌های بهداشت تحت پوشش خود نیز حداقل دو بار در

فصل دوم : بررسی متون

هفته و به روستاهای قمر حداقل ماهانه یکبار و به روستاهای سیاری هر سه ماه یکبار سرکشی نماید. دو نفر پرستار یا بهیار (یکی زن و یکی مرد). این افراد علاوه بر تزریقات و پانسمان، دستیاری پزشک و خدمات پرستاری باید سایر خدمات مرکز بهداشتی درمانی روستایی را نیز انجام دهند از قبیل: همکاری در داروخانه، همکاری در جمع آوری اطلاعات و آمار و تهیه گزارش، همکاری در پذیرش بیماران و انجام امور عمومی، همکاری در تسهیلات زایمانی (در صورت وجود)، و همکاری در فعالیتهای جراحی های کوچک (در مراکز شبانه روزی).

ه- مرکز بهداشتی درمانی شهری : براساس فعالیت روزافزون بخش خصوصی در تمامی مناطق شهری و سیاست استفاده از بخش خصوصی در ارائه خدمات درمان سرپایی، مراکز بهداشتی درمانی شهری عمدتاً "وظیفه قبول ارجاعات و نظارت بر واحدهای تحت پوشش خود را بعهده دارند. براین مبنا، محاسبه تعداد مراکز بهداشتی درمانی شهری به قرار زیر است: براساس هر ۱۲۵۰۰ نفر جمعیت شهری منطقه، یک پایگاه بهداشت شهری پیش بینی می شود و بازای هر ۵ واحد بهداشتی درمانی موجود (اعم از پایگاه بهداشت یا خانه بهداشت تحت پوشش) یک مرکز بهداشتی درمانی شهری پیش بینی می گردد. برای این منظور فرم شماره ۵ در دفاتر طرحهای گسترش در نظر گرفته شده است. کارکنان درمانی هر مرکز عبارتست از: پزشک: در هر مرکز بهداشتی درمانی شهری که دارای ۵ واحد تحت پوشش برای خدمات نظارتی و ارجاع است (پایگاه بهداشت و خانه بهداشت)، به طور معمول ۲ پزشک پیش بینی می شود تا یکی از آنها در هر روز به فعالیت نظارت بر واحدها مشغول باشد و نفر دوم در محل مرکز بهداشتی درمانی به قبول ارجاعات بپردازد. پرستار یا بهیار: برای خدمات تزریقی و پانسمان در مراکز بهداشتی درمانی شهری نیازی به پرسنل نیست مگرآنکه واقعا" امکان دریافت این خدمات در بخش خصوصی وجود نداشته باشد. در هر مرکز، یک پرستار یا بهیار برای مدیریت داخلی مرکز، انجام امور عمومی، نگه داری و توزیع مواد مصرفی روزانه کافیهست. (ضوابط و اصول کلی در ساختار گسترش شبکه ها فروردین ۱۳۸۶)

فصل سوم: روش پژوهش

Research Method

۳-۱ مقدمه

در هر پژوهشی بر حسب موضوع و امکانات موجود برای انجام آن از روش خاصی استفاده می‌گردد. در این فصل به روش‌های مورد استفاده در این پژوهش از نظر نوع و جامعه‌ی پژوهش، روش نمونه‌گیری و حجم نمونه، روش و ابزار گردآوری داده‌ها، روش تجزیه و تحلیل داده‌ها، مکان و زمان مطالعه، محدودیت‌های پژوهش، ملاحظات اخلاقی و تعریف واژه‌ها پرداخته شده است.

۳-۲ نوع پژوهش:

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - تحلیلی گذشته‌نگر و از نوع پژوهش‌های کاربردی است که در سطح استان قزوین و براساس اطلاعات سال ۱۳۹۳ انجام گرفته است.

۳-۳ جامعه پژوهش:

جامعه مورد مطالعه در این تحقیق پزشکان عمومی، متخصص، فوق تخصص، پرستاران، بهیاران، بهورزان شاغل در مراکز دانشگاهی و غیردانشگاهی شامل بیمارستان‌های دانشگاهی و بیمارستانهای وابسته به سازمان تأمین اجتماعی، بیمارستانهای خصوصی، خیریه و ارتش در سطح استان قزوین از نظر نسبت آنها به جمعیت مربوطه در سال‌های ۱۳۹۰ الی ۱۳۹۳ می‌باشد.

۳-۴ روش نمونه‌گیری و حجم نمونه:

از آنجائی که در این تحقیق، تعداد پزشکان (عمومی، متخصص، فوق تخصص) پرستاران، بهیاران و بهورزان مورد بررسی قرار گرفته است بنابراین نمونه‌گیری از نوع سرشماری می‌باشد.

۳-۵ روش گردآوری داده‌ها:

جهت جمع‌آوری داده‌های مربوط به تعداد (فراوانی) جمعیت، پزشکان (عمومی، متخصص، فوق تخصص)، پرستاران، بهیاران و بهورزان به معاونت‌های درمان، بهداشت و توسعه مدیریت و منابع دانشگاه علوم پزشکی قزوین و وزارت

تعیین توزیع نیروی انسانی ارائه دهندگان خدمات مستقیم بخش بهداشت و درمان ...

فصل سوم: روش پژوهش

بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، سازمان نظام پزشکی، سازمان تامین اجتماعی، ارتش، مراکز خصوصی، خیریه و استانداری استان مراجعه و نسبت به استخراج و انتقال داده‌های مورد نیاز به جداول طراحی شده اقدام گردید.

۳-۶ ابزار گردآوری داده‌ها:

از فرم‌های اطلاعاتی در قالب جداول جمعیتی و نیروی انسانی استفاده گردیده است.

۳-۷ تجزیه و تحلیل داده‌ها:

در تحلیل توزیع پزشکان (عمومی، متخصص، فوق تخصص) پرستاران، بهیاران و بهورزان و جمعیت استان از روش تناسب شاغلین مربوطه با معیار تعداد تخت و هر هزار نفر جمعیت کمک گرفته شد و با استفاده از داده‌های مربوطه در فرم‌های اطلاعاتی، جمعیت استان و شاغلین مورد مطالعه به تفکیک کامل گردید. برای بدست آوردن اطلاعات مورد نظر ابتدا جمعیت استان، پزشکان (عمومی، متخصص، فوق تخصص) پرستاران، بهیاران و بهورزان محاسبه و سپس با استفاده از روش فوق اطلاعات مربوطه استخراج و در نهایت با استاندارد یا میانگین کشوری مقایسه گردید تا بتوان از تفاوت‌های حاصله برای ارائه پیشنهاد مناسب تر در برنامه ریزی کلان دانشگاه استفاده نمود.

۳-۸ مکان و زمان مطالعه:

معاونت درمان، بهداشت و توسعه دانشگاه علوم پزشکی قزوین و وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، سازمان نظام پزشکی، سازمان تامین اجتماعی، ارتش، مراکز خصوصی، خیریه و استانداری استان قزوین در سال ۱۳۹۳ استفاده گردیده است.

۳-۹ محدودیت‌های پژوهش:

- عدم ارائه مناسب مشخصات فردی جامعه آماری مورد مطالعه، به دلایل امنیتی در مراکز دولتی و حساسیت در مراکز خصوصی بدلیل اجرای قانون بهروری و نگرانی در خصوص سوءاستفاده از مشخصات افراد
- کمبود مطالعه مشخص در کشور

- بروز نبودن استاندارد قابل استناد جهت نیروهای پرستاری شاغل در مراکز درمانی (مربوط به سال ۱۳۷۰)
- نبود استاندارد قابل استناد جهت نیروهای پزشک شاغل در مراکز درمانی
- بروز نبودن استاندارد جهت نیروهای بهورز شاغل در مراکز بهداشتی

۳-۱۰ ملاحظات اخلاقی:

- ۱- دقت در جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها
- ۲- کسب رضایت آگاهانه از معاونت درمان، بهداشت و توسعه دانشگاه علوم پزشکی قزوین، سازمان نظام پزشکی، سازمان تامین اجتماعی، ارتش، مراکز خصوصی، خیریه و استانداری استان قزوین به منظور جمع‌آوری داده‌ها
- ۳- با توجه به اینکه اطلاعات این پژوهش به‌طور کلی مطرح شده و زمینه مناسب را برای تصمیم‌گیری عقلایی در توزیع نیروی انسانی فراهم می‌کند از نظر اخلاقی هیچ‌گونه محدودیتی نداشته و بلکه ارزشی می‌باشد.

۳-۱۱ تعریف واژه‌ها:

پزشک (عمومی و متخصص):

تعریف نظری: شخصی است که خدمات بهداشتی درمانی را به منظور پیشگیری، تشخیص، درمان و بازتوانی انجام دهد و یا خدمات مشاوره‌ای، تحقیقاتی، آموزشی، طرح ریزی، هماهنگی و سرپرستی در زمینه‌های مربوط به سلامت برعهده دارد (حاتمی، ۱۳۸۵).

پزشک عمومی:

تعریف عملی: فردی است که دوره عمومی پزشکی را در یکی از دانشگاه‌های معتبر داخل یا خارج گذرانیده؛ موفق به اخذ مدرک دکتری و پروانه دائم پزشکی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شده باشد و شاغل در یکی از مراکز بهداشتی درمانی، بیمارستان، درمانگاه یا مطب خصوصی است.

پزشک متخصص:

تعریف عملی: فردی است که دوره تخصصی پزشکی را پس از اتمام دوره پزشکی عمومی در یکی از دانشگاه‌های معتبر داخلی یا خارجی گذرانیده؛ موفق به اخذ گواهینامه تخصصی مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شده باشد و شاغل در یکی از مراکز درمانی یا مطب خصوصی است.

پزشک فوق تخصص:

تعریف عملی: فردی است که دوره فوق تخصصی پزشکی را پس از اتمام دوره پزشکی تخصصی در یکی از دانشگاه‌های معتبر داخلی یا خارجی گذرانیده؛ موفق به اخذ گواهینامه فوق تخصصی مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شده باشد و شاغل در یکی از مراکز درمانی یا مطب خصوصی است.

پرستار:

تعریف عملی: فردی است که دوره پرستاری را در یکی از دانشگاه‌های معتبر داخل یا خارج گذرانیده؛ موفق به اخذ مدرک کاردانی/کارشناسی/ارشد/دکتری از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شده باشد و شاغل در یکی از مراکز بهداشتی درمانی، بیمارستان، درمانگاه یا دانشکده ها می باشد.

بهبیار:

تعریف نظری: فردی است که دوره بهیاری (سه ساله) را در یکی از دبیرستانهای دولتی گذرانیده؛ موفق به اخذ مدرک دیپلم از وزارت آموزش و پرورش شده باشد و شاغل در یکی از مراکز بهداشتی درمانی، بیمارستان یا درمانگاه می باشد.

بهورز:

تعریف نظری: فردی است که دوره بهورزی (یک ساله) را با حداقل مدرک سوم راهنمایی در یکی از آموزشگاههای کشور وابسته به معاونتهای بهداشتی استانها گذرانیده؛ موفق به اخذ مدرک پایان دوره از معاونت بهداشت شده باشد و شاغل در یکی از خانه های بهداشت ، مراکز بهداشتی درمانی می باشد..

جمعیت:

تعریف نظری: مجموعه افرادی است که در یک منطقه جغرافیایی گرد هم می آیند و روستا، شهر، شهرستان، استان یا کشور را ایجاد می کنند(حسینی، ۱۳۸۴).

تعریف عملی: منظور از جمعیت در این مطالعه، جمعیت شهری و روستایی تحت پوشش خدمات بهداشتی درمانی است.

سامانه آواب :

نرم افزاری است وزارت بهداشت کشور برای ثبت دقیق اطلاعات بیمارستانهای دانشگاهی و غیر دانشگاهی کشور (دموگرافی ، نوع سازه ، تعداد تخت مصوب و فعال ، نیروی انسانی به تفکیک پست و ردیف سازمانی و مدرک تحصیلی و...) طراحی گردیده است که در مراکز دانشگاهی تقریباً کلیه اطلاعات بصورت کامل وارد گردیده است و نواقص آن ناچیز است ولی در مراکز غیر دانشگاهی این اطلاعات بخصوص در زمینه نیروی انسانی به دلایل خاص هرسازمان بصورت کامل وارد نشده است(قانون بهره وری درپرستاری و...).

فصل چهارم: یافته ها

Findings

۴-۱ مقدمه:

یافته‌های این مطالعه در دو بخش ارائه گردیده است که بخش یک، توصیفی (...جدول) و بخش دو، تحلیلی و شامل ... نمودار است.

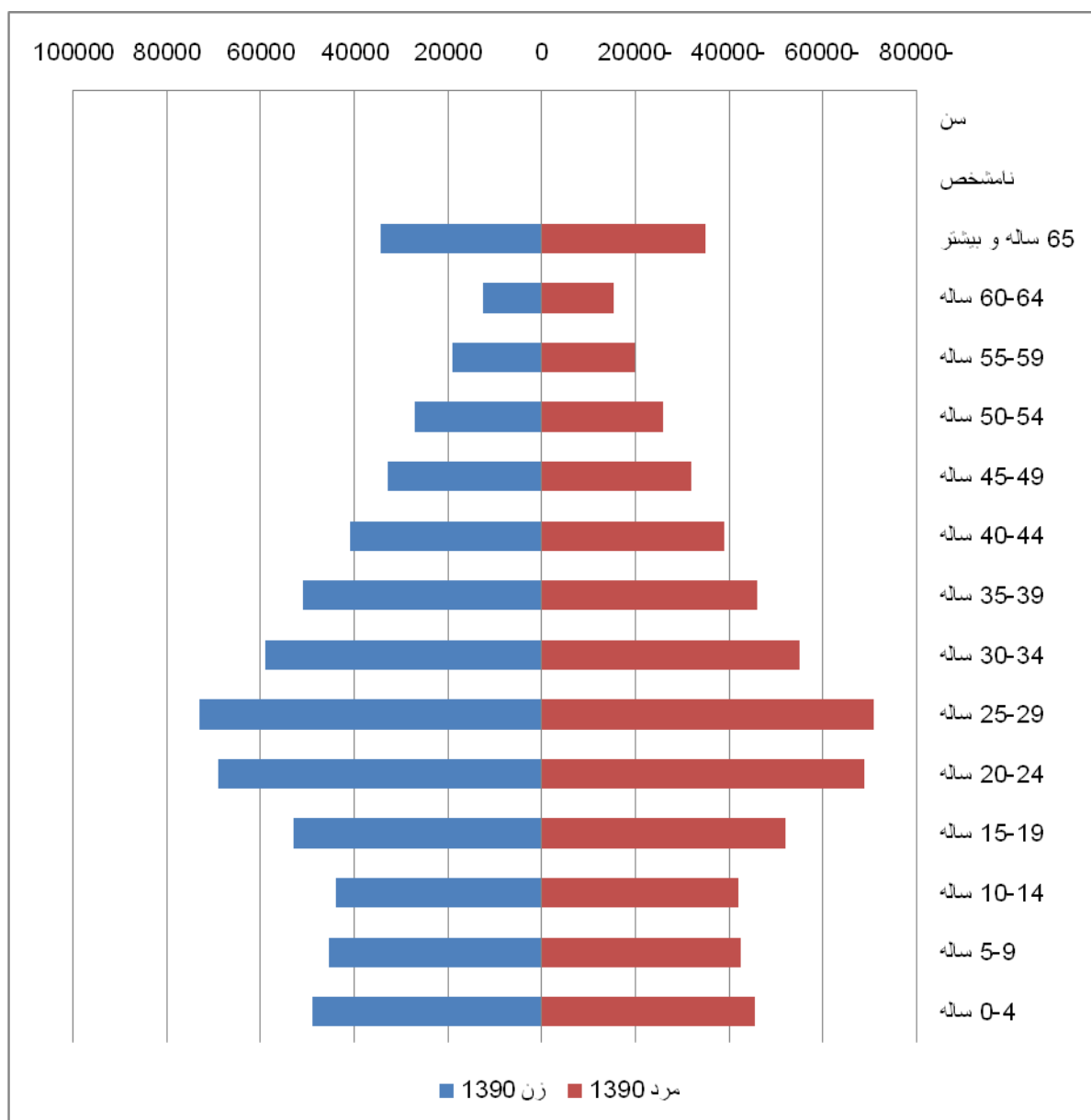
- الف) ارزیابی وضعیت استان قزوین در سال ۱۳۹۳ از نظر نسبت نیروی انسانی پزشکی، پرستار، بهیار و بهورز .
- ب) بدلیل اینکه پست کمک بهیار و بهیار براساس دستورالعمل وزارت بهداشت و درمان از چارت سازمانی حذف گردیده است و پستهای مذکور فقط تا زمان اشغال افراد فعلی باقی خواهد ماند و در صورت خروج تبدیل به پست پرستاری میگردد آمار مربوطه درغالب پرستار استخراج گردیده است.

۴-۲ ارزیابی وضعیت استان قزوین در سال ۱۳۹۳ از نظر نسبت نیروی انسانی پزشکی،

پرستار، بهیار و بهورز .

قبل از پرداختن به مقوله توزیع نیروی انسانی پزشکی، پرستار، بهیار و بهورز به بررسی وضعیت استان از نظر جمعیت و مراکز بهداشتی درمانی می‌پردازیم.

جدول شماره یک: توزیع فراوانی جمعیت استان به تفکیک گروههای سنی و جنسی



- مآخذ سالنامه آماری استان قزوین سال ۱۳۹۲

در جدول شماره یک : ما به وضعیت فراوانی جمعیت استان بر اساس جنس (زن و مرد) و سن (فاصله ۵ سال) میپردازیم تا بتوانیم نوع نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی برحسب سن و جنس را پیش بینی نماییم و نسبت پزشک

و پرستار بر حسب جمعیت را بسنجیم و در صورت نیاز و امکان نسبت به رفع مشکلات آن گامی در سیاست گذاری کلان استان برداریم.

جدول شماره دو : به توزیع فراوانی جمعیت استان به تفکیک شهرهای تحت پوشش

شهرستان	جمع		ساکن در نقاط شهری		ساکن در نقاط روستایی		غیر ساکن	
	خانوار	جمعیت	خانوار	جمعیت	خانوار	جمعیت	خانوار	جمعیت
کل استان	۳۵۲۶۳۲	۱۲۰۱۵۶۵	۲۵۶۹۶۳	۸۷۸۲۴۱	۹۵۴۷۳	۲۲۲۷۸۷	۱۹۶	۵۳۷
آبیک	۲۶۹۵۴	۹۳۸۴۴	۱۶۹۱۷	۵۹۱۳۱	۱۰۰۳۷	۳۴۷۱۳	.	.
آوج	۱۳۰۰۴	۴۳۵۴۷	۳۳۱۲	۱۱۶۰۷	۹۶۹۲	۳۱۹۴۰	.	.
البرز	۵۹۱۷۸	۲۰۳۲۷۶	۵۲۰۰۶	۱۷۸۵۷۸	۷۱۷۲	۲۴۶۹۸	.	.
بوئین زهرا	۳۴۰۶۵	۱۲۱۱۷۶	۱۴۸۴۹	۵۳۳۱۴	۱۹۲۱۶	۶۷۸۶۲	.	.
تاکستان	۵۰۲۶۷	۱۷۲۹۴۹	۳۲۲۴۹	۱۱۱۲۸۸	۱۸۰۱۸	۶۱۶۶۱	.	.
قزوین	۱۶۹۱۶۴	۵۶۶۷۷۳	۱۳۷۶۳۰	۴۶۴۳۲۳	۳۱۳۳۸	۱۰۱۹۱۳	۱۹۶	۵۳۷
مأخذ- مرکز آمار ایران. دفتر جمعیت، نیروی کار و سرشماری.								

در جدول شماره دو : ما به توزیع فراوانی جمعیت در سطح استان و تفکیک شهرهای تابعه و خانوارهای ساکن در شهر و روستای هر منطقه میپردازیم تا بتوانیم در تحقیقات آتی برحسب اینگونه توزیع جمعیت نسبت به تامین نیروی پزشک، پرستار و بهورز اقدام لازم را انجام دهیم این در حالی است نسبت جمعیت استان به جمعیت کشور ۱,۷۱٪ میباشد .

جدول شماره سه : توزیع فراوانی جمعیت استان به تفکیک شهری و روستایی

جمعیت برحسب جنس در نقاط شهری و روستایی در سالهای ۱۳۸۵ و ۱۳۹۰ در استان قزوین				
شرح	جمعیت			رشد جمعیت
	مرد و زن	مرد	زن	
کل استان				
آبان ۱۳۸۵	1143200	583869	559331	58365
آبان ۱۳۹۰	1201565	609804	591761	
نقاط شهری				
آبان ۱۳۸۵	777975	397495	380480	100266
آبان ۱۳۹۰	878241	445578	432663	
نقاط روستایی				
آبان ۱۳۸۵	365203	186362	178841	-42416
آبان ۱۳۹۰	322787	163956	158831	

مغایرت سرجمع استان با نقاط شهری و روستایی به علت احتساب خانوار و جمعیت غیر ساکن در کل استان می باشد.

مأخذ = مرکز آمار ایران

با مطالعه جدول شماره سه : آمار کل استان و توزیع جمعیت شهری و روستایی در دو سال

آماري (با فاصله دوره ۵ ساله) و رشد جمعیت به تفکیک شهر و روستا و همچنین تمایل کوچ

نشینی جامعه مورد مطالعه در سطح استان (از روستا به شهر) می پردازیم و همچنین پی خواهیم

فصل چهارم: یافته‌ها

برد که سطح ارائه خدمات چه تغییری پیدا خواهد کرد (بیشترین نیاز به دریافت خدمات بهداشتی در مناطق روستایی است ولی بیشترین نیاز به دریافت خدمات درمانی در شهرها میباشد).

جدول شماره چهار: توزیع فراوانی بیمارستانهای استان به تفکیک شهرهای استان و سازمانهای مربوطه

ردیف	نام شهر	نام مرکز	دولتی / خصوصی / ...	تعداد تخت مصوب	تعداد تخت فعال	تعداد کل تخت مصوب به تفکیک بخش دولتی / خصوصی /...	تعداد کل تخت فعال به تفکیک بخش دولتی / خصوصی /...
1	قزوین	۲۲ بهمن	دانشگاهی	۶۰	۶۰	۱۰۱۰	۹۶۳
2		بوعلی سینا		۲۵۰	۲۲۸		
3		ولایت		۲۵۰	۲۱۶		
4		قدس		۱۳۰	۱۲۷		
5		کوثر		۱۴۰	۱۴۲		
6		شهیدرجایی		۱۴۰	۱۴۰		
7	بوئین زهرا	امیرالمومنین		۵۰	۵۰		
8	قزوین	رازی	NGO	۲۵۶	۲۱۹	۳۶۰	۳۲۹
9	تاکستان	تامین اجتماعی		۱۰۴	۱۰۴		
10	قزوین	پاستور	خصوصی	۱۱۰	۱۰۵	۳۷۰	۳۶۲
11		مهرگان		۱۲۰	۱۲۰		
12		دهخدا		۹۰	۸۸		
13	آبیک	ولیسر		۵۰	۴۹		
14	البرز	رحیمیان	خیریه	۶۴	۵۵	۶۴	۵۵
15	قزوین	ارتش	نیروی مسلح	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰
جمع مراکز درمانی							
				۱۸۳۴	۱۷۱۹	۱۸۱۴	۱۷۱۹

فصل چهارم: یافته‌ها

در جدول شماره چهار: ما با تعداد و موقعیت بیمارستان به تفکیک شهرهای استان و نوع فعالیت سازمانی با تعداد تختهای فعال و مصوب آنها آشنا خواهیم شد چون کلیه استانداردهای موجود در کشور برای تامین نیروی انسانی بیمارستانها و نوشتن چارت سازمانی براساس تختهای مصوب (استاندارد اعلامی از سوی وزارت متبوع در سال ۱۳۷۰) بوده است . بنابراین با توجه به نیاز شدید استان به تخت فعال بیشتر و سیر پیشرونده نیازهای جامعه به خدمات درمانی بیشتر و آگاهی بیشتر مردم نسبت به دریافت خدمات تخصصی تر با امکانات بیشتر متاسفانه فضاهای موجود جوابگوی راه اندازی کلیه تختهای مصوب با نیروی کار مناسب نبوده و به اجبار ۱۰۵ تخت مصوب هنوز راه اندازی نگردیده است.

جدول شماره پنج : توزیع فراوانی شبکه ها و خانه های بهداشت و نیروی انسانی موجود آنها

شبکه های بهداشت					
ردیف	نام شبکه	تعداد مرکز تحت پوشش	تعداد خانه بهداشت تحت پوشش	تعداد نفر جمعیت تحت پوشش	تعداد کل نیروی موجود براساس پست و ردیف اشغالی
۱	شبکه بهداشت آبیک	۷	۲۵	۹۸۰۰۰	۱۱۲
۲	شبکه بهداشت آوج	۸	۳۵	۳۴۰۰۰	۷۸
۳	شبکه بهداشت البرز	۹	۷	۲۴۰۰۰	۱۳۶
۴	شبکه بهداشت بوئین زهرا	۱۱	۴۶	۱۲۸۰۰۰	۱۹۳
۵	شبکه بهداشت تاکستان	۱۵	۵۹	۱۸۵۰۰۰	۲۹۷
۶	شبکه بهداشت بلندیان قزوین	۳۳	۱۰۲	۶۲۰۰۰۰	۵۵۳
	جمع	۸۳	۲۷۴	۱۰۸۹۰۰۰	۱۳۶۹

در جدول شماره پنج : ما به توزیع فراوانی شبکه ها و مراکز و خانه های بهداشت به تفکیک و جمعیت تحت پوشش و نیروی انسانی موجود می پردازیم که البته بر اساس طرح تحول نظام سلامت این مراکز براساس جمعیت تحت پوشش تغییر و توسعه پیدا خواهند کرد.

جدول شماره شش : توزیع فراوانی منابع انسانی مورد مطالعه و تختهای فعال به ازای هر ۱۰,۰۰۰ نفر جمعیت برای کل استان قزوین: ۱۳۹۳

فصل چهارم: یافته‌ها

عنوان	تعداد	نسبت به جمعیت
پزشک عمومی شهری و روستایی	۶۰۱	۰,۵
پزشک متخصص شهری و روستایی	۳۸۱	۰,۳۲
پزشک فوق تخصص	۳۸	۰,۰۳۲
پرستار (پرستار ، بهیار و کمک بهیار)	۲۱۵۷	۱,۸
بهورز	۵۶۵	۰,۵۲
تخته‌های فعال	۱۷۱۸	۱,۴۳
تخته‌های مصوب	۱۸۲۴	۱,۵۱

در جدول شماره شش : ما با بررسی وضعیت استان در نحوه توزیع نیروهای مورد مطالعه (پزشک ، پرستار و بهورز) به نسبت جمعیت استان و تخصیص تخته‌های موجود (مصوب و فعال) به نتایج ذیل دست خواهیم یافت که نسبت‌های بدست آمده از آمارهای موجود به ترتیب، نسبت پزشک عمومی ۰,۵ ، پزشک متخصص ۰,۳۲ ، پزشک فوق تخصص ۰,۰۳۲ ، پرستار ۱,۸ ، بهورز ۰,۵۲ و همچنین تخت مصوب ۱,۵۱ و تخت فعال ۱,۴۳ در استان قزوین به هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت می‌باشد . در ضمن لازم به توضیح است ک نسبت بهورز به جمعیت ساکن در مناطق روستایی استان می‌باشد.

مقایسه آمار استان با کشور				
ردیف	عنوان	کشور	وضع موجود در قزوین	تفاوت
1	میانگین تخت فعال کشوری براساس سامانه آواب به نسبت ۱۰۰۰ نفر جمعیت:	1.53	1.43	-0.10
2	استاندارد تخت فعال کشوری به نسبت ۱۰۰۰ نفر جمعیت براساس نظام سطح بندی خدمات سلامت تا آخر برنامه پنجم توسعه:	2.86	1.43	-1.43
3	میانگین تعداد پرستار مراکز دانشگاهی کشور براساس سامانه آواب به نسبت هر ۱۰۰۰ نفر	1.15	1.15	0.00
	استاندارد نیروی انسانی پرستار به تخت وزارت متبوع در سال ۱۳۷۰	1,2	1,15	- 0.05
4	نسبت کل نیروی بیمارستانهای دانشگاهی نسبت هر ۱۰۰۰ نفر	2.85	2.56	-0.29
5	کل تخت بیمارستانهای دانشگاهی کشور نسبت هر ۱۰۰۰ نفر	1.05	0.78	-0.27
6	کل تخت بیمارستانهای کشور نسبت هر ۱۰۰۰ نفر (دانشگاهی و غیر دانشگاهی)	1.57	1.41	-0.16

در جدول شماره هفت : ما با مشاهده آمار بدست آمده متوجه خواهیم شد که میانگین و استانداردهای موجود کشور چه نسبتی از جمعیت را پوشش داده و نسبتهای بدست آمده در استان قزوین به چه مقدار میباشد و فاصله آن با نسبتهای کشوری چگونه خواهد بود . حال به ترتیب به نتایج بدست آمده به ازای هر (۱۰۰۰) نفر جمعیت می پردازیم : میانگین تخت فعال کشوری بر اساس سامانه آواب (۱,۵۳) است ولی در استان قزوین (۱,۴۳) میباشد که اختلاف حاصله (۰,۱۰ -) بوده و استاندارد تخت فعال کشوری بر اساس نظام سطح بندی خدمات سلامت تا آخر برنامه پنجم توسعه (یکسال تمدید گردیده است) (۲,۸۶) است ولی در استان قزوین (۱,۴۳) میباشد که اختلاف حاصله (۱,۴۳ -) بوده و میانگین تعداد پرستار مراکز دانشگاهی (دولتی) کشوری بر اساس سامانه آواب (۱,۱۵) است ولی در استان قزوین (۱,۱۵) میباشد که اختلافی خوشبختانه نداشته است و نسبت کل نیروی انسانی بیمارستانها دانشگاهی (دولتی) کشوری بر اساس سامانه آواب (۲,۸۵) است ولی در استان قزوین (۲,۵۶) میباشد که اختلاف حاصله (۰,۲۹ -) بوده و میانگین تختهای بیمارستانی دانشگاهی کشوری بر اساس سامانه آواب (۱,۰۵) است ولی در استان قزوین (۰,۷۸) میباشد که اختلاف حاصله (۰,۲۷ -) بوده و همچنین میانگین کل تخت فعال بیمارستانهای کشور (دانشگاهی و غیر دانشگاهی) بر اساس سامانه آواب (۱,۵۷) است

فصل چهارم: یافته‌ها

ولی در استان قزوین (۱,۴۱) می باشد که اختلاف حاصله (۰,۱۶ -) بوده است و نتایج حاصله بیانگر این می باشد که بجز میانگین تعداد پرستار بیمارستانهای دولتی ما با کمبود نیرو و تخت مواجه میباشیم در آن خصوص باید چاره ای اندیشیده شود.

جدول شماره هشت : نسبت تخت و پرستار در مراکز دانشگاهی به ازای ۱,۰۰۰ نفر جمعیت کشور : ۱۳۹۳

آمار نیروهای بیمارستانهای دانشگاهی ثبت شده در سامانه آواب در کشور		
ردیف	عنوان	تعداد (حدوداً)
<u>1</u>	کل نیروی بیمارستانهای دانشگاهی	217000
<u>2</u>	کل تخت بیمارستانهای دانشگاهی کشور	80000
<u>3</u>	کل تخت بیمارستانهای کشور (دانشگاهی و غیر دانشگاهی)	120000
<u>4</u>	کل نیروی پرستاری بیمارستانهای دانشگاهی	92000
<u>5</u>	نسبت پرستار به هر ۱۰۰۰ نفر	1.15
<u>6</u>	نسبت تخت فعال به هر ۱۰۰۰ نفر	1.530
	نسبت کل تخت به هر ۱۰۰۰ نفر (دانشگاهی و غیر دانشگاهی)	1.57
<u>7</u>	نسبت کل نیروی بیمارستانها دانشگاهی به هر ۱۰۰۰ نفر	2.85
<u>8</u>	کل نیروی پرستاری بیمارستانهای دانشگاهی به کل نیروی انسانی بیمارستانهای دانشگاهی	0.42

در جدول شماره هشت : ما با فراوانی تعداد کل نیروهای انسانی ، نیروهای پرستاری و تختهای موجود در بیمارستانهای دانشگاهی (دولتی) و همچنین نسبت آنها به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت و نسبت پرستار به کل نیروی انسانی بیمارستانی دانشگاهی میپردازیم.

۳-۴ ارزیابی وضعیت توزیع پزشک، پرستار، بهیار و بهورز استان قزوین در دوره زمانی ۱۳۹۰-۱۳۹۳ براساس اهداف فرعی

در این مبحث براساس اهداف فرعی تعیین شده برای پژوهش، وضعیت توزیع پزشک، پرستار، بهیار و بهورز نسبت به جمعیت و تخت در کل استان مشخص گردید.

جدول شماره نه: نسبت پزشک، پرستار، بهیار و بهورز شاغل در مراکز بهداشتی استان قزوین: ۱۳۹۳

تعداد نیروی انسانی مورد مطالعه در شبکه های بهداشت استان قزوین							
ردیف	نیروی پزشک شاغل در بهداشت	نیروی پرستار شاغل در بهداشت	نیروی بهیار شاغل در بهداشت	نیروی بهورز شاغل در بهداشت	شبکه بهداشت	مرکز بهداشت	خانه بهداشت
1	56	30	46	565	6	83	274

در جدول شماره نه: ما با نحوه توزیع نیروی انسانی مورد مطالعه در مراکز بهداشتی و تعداد شبکه ها و مراکز بهداشتی و خانه های بهداشت استان قزوین آشنا خواهیم شد و لازم به توضیح است که در مراکز بهداشتی براساس طرح پزشک خانواده کمبودها از طریق واگذاری به بخش خصوصی تامین گردیده است ولی آمار دقیقی از آن در دسترس نبود.

جدول شماره ده : نسبت پزشک،پرستار،بیمار شاغل در مراکز درمانگاهی سازمان تامین اجتماعی قزوین: ۱۳۹۳

مراکز درمانگاهی وابسته سازمان تامین اجتماعی					
نام مرکز	کل پرسنل	پزشک عمومی	پرستار	بیمار	سایر
بهشتی	۶۴	۱۲	۱	۴	۴۷
سینا	۳۸	۶	۱	۲	۲۹
قائم	۵۰	۱۰	۱	۴	۳۵
البرز	۴۵	۱۲	۱	۵	۲۷
الوند	۳۲	۶	۱	۲	۲۳
بوئین زهرا	۲۳	۵	۱	۱	۱۶
قدس تاکستان	۴۵	۶	۱	۲	۳۶
آبیک	۴۵	۷	۱	۲	۳۵
جمع	۳۴۲	۶۴	۸	۲۲	۲۴۸

در جدول شماره ده : مشاهده خواهیم کرد که سازمان بیمه تامین اجتماعی برای رفاه حال بیمه شده گان خود علاوه بر ارائه خدمات درمانی سرپایی و بستری در مراکز بیمارستانی ، در شهرهای مختلف استان مبادرت به ایجاد درمانگاههای عمومی و تخصصی برای خدمات درمانی سرپایی نموده است و تعدادی از پرسنل درمانی در این مراکز مشغول فعالیت میباشند.

تعیین توزیع نیروی انسانی ارائه دهندگان خدمات مستقیم بخش بهداشت و درمان ...

فصل چهارم: یافته‌ها

جدول یازده : توزیع فراوانی و نسبت پزشک،پرستار و بهیار شاغل به تخت در مراکز درمانی استان قزوین: ۱۳۹۳

نام شهر	نام مرکز	دولتی / خصوصی ...	تعداد تخت مصوب	تعداد تخت فعال	تعداد پزشک	تعداد نیروی پرستاری (پرستار و بهیار)	کل پرسنل	نسبت تعداد پزشک به تخت فعال	نسبت تعداد پرستار (پرستار و بهیار) به تخت فعال
قزوین	۲۲ بهمن	دانشگاهی	۶۰	۶۰	۱۱	۴۵	۱۱۵	۰,۱۸۳	۰,۷۵۰
	بوعلی سینا		۲۵۰	۲۲۸	۵۲	۳۵۱	۶۹۴	۰,۲۲۸	۱,۵۳۹
	ولایت		۲۵۰	۲۱۶	۴۶	۲۶۰	۶۲۰	۰,۲۱۳	۱,۲۰۴
	قدس		۱۳۰	۱۲۷	۲۶	۱۶۹	۴۱۸	۰,۲۰۵	۱,۳۳۱
	کوثر		۱۴۰	۱۴۲	۲۸	۱۲۲	۴۵۲	۰,۱۹۷	۰,۸۵۹
	شهید رجایی		۱۴۰	۱۴۰	۳۳	۲۰۹	۵۶۶	۰,۲۳۶	۱,۴۹۳
	امیرالمومنین		۵۰	۵۰	۱۱	۴۳	۱۴۶	۰,۲۲۰	۰,۸۶۰
قزوین	رازی	NGO	۲۵۶	۲۱۹	۶۱	۲۶۳	۶۴۲	۰,۲۷۹	۱,۲۰۱
تاکستان	تامین اجتماعی		۱۰۴	۱۰۴	۲۷	۱۳۲	۳۵۲	۰,۲۴۵	۱,۲۰۰
قزوین	پاستور	خصوصی	۱۱۰	۱۰۵	۷۰	۱۹۰	۵۲۳	۰,۶۶۷	۱,۸۱۰
	مهرگان		۱۲۰	۱۲۰	۶	۹۲	۳۰۱	۰,۰۵۰	۰,۷۶۷
	دهخدا		۹۰	۸۸	۲۵	۱۲۲	۳۳۹	۰,۲۸۴	۱,۳۸۶
	ولیسر		۵۰	۴۹	۱۴	۵۸	۱۶۴	۰,۲۸۶	۱,۱۸۴
البرز	رحیمیان	خیریه	۶۴	۵۵	۲۸	۴۹	۱۹۶	۰,۵۰۹	۰,۸۹۱
قزوین	ارتش	نیروی مسلح	۱۰	۱۰	۱۲	۱۹	۷۰	۱,۲۰۰	۱,۹۰۰
جمع / میانگین			۱۸۲۴	۱۷۱۹	۴۵۰	۲۱۲۴	۵۵۹۸	۰,۲۶۲	۱,۲۳۶

در جدول شماره یازده : ما علاوه بر تعداد بیمارستانها به تفکیک مراکز دانشگاهی و غیر دانشگاهی ، شهرهای استان ، تخته‌های مصوب و فعال ، نیروی انسانی به اطلاعاتی نظیر نسبت پزشک و پرستار به تخت فعال به تفکیک بیمارستان و استان قزوین به شرح مندرج در جدول خواهیم رسید ، در ضمن نسبت پزشک به تخت ۰,۲۶ و نسبت پرستار به تخت ۱,۲۳ در سطح استان می باشد که نسبت پرستار به تخت بر اساس استاندارد سال ۱۳۷۰ (۱,۲) مطلوب بوده است.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی کارکنان برخی دستگاه‌های اجرایی بر حسب وضعیت استخدامی: ۱۳۹۲

جدول شماره دوازده: کارکنان برخی دستگاه‌های اجرایی بر حسب وضعیت استخدامی: ۱۳۹۲					
نام دستگاه اجرایی	جمع	رسمی	پیمانی	کارگری (دائم و موقت)	سایر (نظیر قراردادی، مدت معین و مشخص، شرکتی، خرید خدمت، حق التدریس، امریه و...)
تأمین اجتماعی	۳۳۳	۲۸۷	۳۱	۱۵	۰
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی	۵۸۹۷	۲۲۰۲	۹۱۴	۸۶۰	۱۹۲۱
مدیریت درمان تأمین اجتماعی	۱۳۳۰	۸۶۴	۲۴۱	۰	۲۲۵
مأخذ- معاونت پشتیبانی و توسعه منابع انسانی استانداری.					

در جدول شماره دوازده: ما با فراوانی آمار نیروی انسانی برخی از ادارات استان بخصوص دانشگاه علوم پزشکی به تفکیک وضعیت استخدام آشنا می‌شویم و این در حالی است که بیمارستانهای دانشگاهی ۵۱٪ از کل پرسنل شاغل در دانشگاه علوم پزشکی را تشکیل می‌دهند که خود این آمار جایگاه ویژه بیمارستان را در ای موسسه نشان می‌دهد.

- جدول شماره سیزده: کارکنان برخی دستگاه‌های اجرایی بر حسب مدرک تحصیلی: ۱۳۹۲						
نام دستگاه اجرایی	جمع	زیر دیپلم	دیپلم	فوق دیپلم	لیسانس	فوق لیسانس دکتر
تأمین اجتماعی	۳۳۳	۱۸	۹۹	۱۷	۱۷۴	۲۵
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی	۵۸۹۷	۹۴۲	۱۳۶۸	۶۸۹	۲۱۲۴	۱۷۴
مدیریت درمان تأمین اجتماعی	۱۳۳۰	۱۸۱	۳۸۱	۱۱۸	۴۶۱	۲۰
مأخذ- معاونت پشتیبانی و توسعه منابع انسانی استانداری.						

✓ در جدول شماره سیزده: ما با آمار نیروی انسانی برخی از ادارات استان بخصوص دانشگاه علوم پزشکی به تفکیک تحصیلی آشنا می‌شویم و متوجه سطح بالای علمی افراد شاغل در سطح دانشگاه علوم پزشکی و اهمیت آن در استان خواهیم شد.

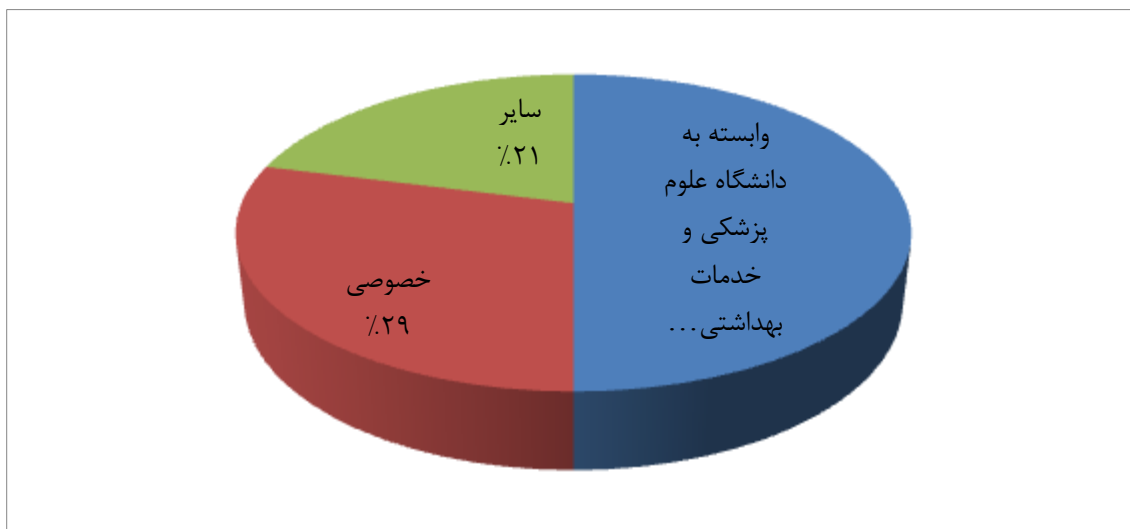
تعیین توزیع نیروی انسانی ارائه دهندگان خدمات مستقیم بخش بهداشت و درمان ...

فصل چهارم: یافته‌ها

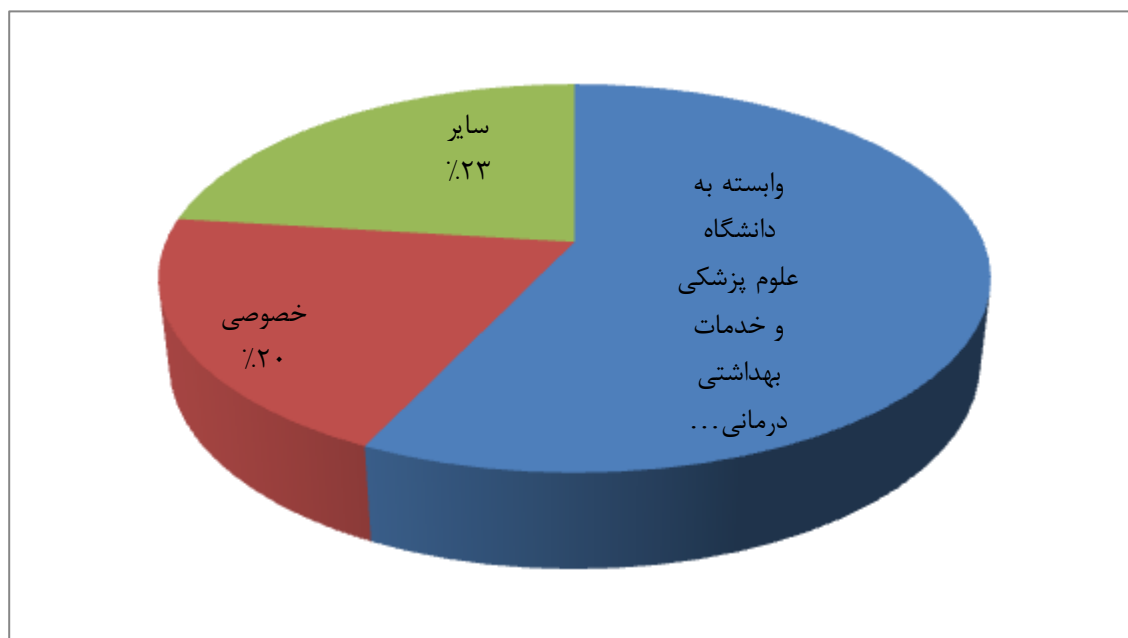
- جدول شماره چهارده: تعداد مؤسسات درمانی فعال و تخت‌های موجود در آنها بر حسب وضعیت حقوقی							
سال و شهرستان	جمع		وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی		خصوصی		سایر ^(۱)
	مؤسسه	تخت	مؤسسه	تخت	مؤسسه	تخت	مؤسسه
۱۳۹۰	۱۵	۱۷۳۸	۷	۹۶۰	۴	۳۴۷	۴
۱۳۹۱	۱۴	۱۶۸۳	۷	۹۶۴	۴	۳۴۱	۳
۱۳۹۲	۱۴	۱۷۰۲	۷	۹۶۶	۴	۳۴۳	۳
آبیک	۱	۴۹	۰	۰	۱	۴۹	۰
آوج	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
البرز	۱	۷۰	۰	۰	۰	۰	۱
بوئین زهرا	۱	۵۰	۱	۵۰	۰	۰	۰
تاکستان	۱	۱۰۴	۰	۰	۰	۰	۱
قزوین	۱۰	۱۴۲۹	۶	۹۱۶	۳	۲۹۴	۱
(۱) شامل مؤسسات درمانی وابسته به سازمان تأمین اجتماعی، امور خیریه، بانک‌ها و ... می‌باشد.							
مأخذ- دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان قزوین.							

✓ در جدول شماره چهارده: ما با آمار تعداد مراکز درمانی و تعداد تخت‌های موجود به تفکیک دانشگاهی و خصوصی و سایر و شهر در سطح استان قزوین آشنا می‌شویم متوجه افزایش ۱۷ تخت فعال در سال ۱۳۹۳ در بخش خصوصی می‌شویم.

نمودار ۱: توزیع مراکز درمانی بر حسب وضعیت حقوقی: ۱۳۹۲



نمودار ۲: توزیع تخت‌های بیمارستانی بر حسب وضعیت حقوقی: ۱۳۹۲



- جدول شماره پانزده: خانه‌های بهداشت فعال روستاها و جمعیت زیر پوشش آنها						
سال و شهرستان	خانه‌های بهداشت فعال	کارکنان (بهورز)			روستاهای زیر پوشش	
		جمع	مرد	زن	تعداد	جمعیت
۱۳۹۰	۲۸۰	۴۷۱	۱۶۶	۳۰۵	۸۰۲	۳۱۰۶۸۴
۱۳۹۱	۲۸۰	۴۸۶	۱۷۱	۳۱۵	۸۰۲	۳۱۴۱۶۸
۱۳۹۲	۲۸۰	۴۷۶	۱۶۷	۳۰۹	۸۰۲	۳۰۸۶۸۸
آبیک	۲۵	۴۳	۱۳	۳۰	۶۴	۲۹۵۹۹
آوج	۳۶	۵۳	۲۲	۳۱	۹۶	۲۵۳۹۶
البرز	۷	۲۱	۶	۱۵	۱۰	۱۹۳۷۶
بوئین زهرا	۴۶	۸۳	۲۸	۵۵	۱۲۱	۶۸۵۵۸
تاکستان	۵۹	۱۱۶	۴۲	۷۴	۱۰۳	۶۶۲۰۷
قزوین	۱۰۷	۱۶۰	۵۶	۱۰۴	۴۰۸	۹۹۵۵۲
مأخذ- سالنامه آماری استانداری ۱۳۹۲ بر اساس اطلاعات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان قزوین.						

در جدول شماره پانزده : ما با فراوانی آمار نیروی انسانی بهورز و خانه‌های بهداشت و روستاها و جمعیت تحت پوشش به تفکیک شهرهای استان قزوین آشنا می‌شویم البته ۶ خانه بهداشت در سال ۱۳۹۳ تبدیل به مراکز بهداشت و درمان روستایی گردیده اند .

- جدول شماره شانزده : کارکنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بر حسب گروه شغلی				
سال و شهرستان	جمع	پزشکان ^(۲۰۱)	پیراپزشکان	سایر کارکنان
۱۳۹۰	۵۳۹۶	۵۱۲	۳۰۲۷	۱۸۵۷
۱۳۹۱	۵۷۴۶	۵۱۲	۳۲۴۲	۱۹۹۲
۱۳۹۲	۵۸۰۱	۵۱۹	۳۲۷۵	۲۰۰۷
آبیک	۱۶۹	۲۶	۱۱۵	۲۸
آوج	۱۰۸	۶	۷۱	۳۱
البرز	۲۰۴	۲۰	۱۴۶	۳۸
بوئین زهرا	۴۰۵	۴۰	۲۶۷	۹۸
تاکستان	۳۷۷	۳۴	۲۷۶	۶۷
قزوین	۴۵۳۸	۳۹۳	۲۴۰۰	۱۷۴۵
مأخذ- دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان قزوین (سالنامه آماری ۱۳۹۲ استانداری).				

در جدول شماره شانزده : ما با آمار نیروی انسانی دانشگاه علوم پزشکی به تفکیک پزشک، پیراپزشک و سایر کارکنان آشنا می‌شویم که در سال ۱۳۹۳ تعداد پرستار از کل پیراپزشک ۱۱۹۹ نفر میباشد .

جدول شماره هفده : توزیع فراوانی برخی از نیروهای شاغل دانشگاه علوم پزشکی قزوین به تفکیک تحصیلات

تعیین توزیع نیروی انسانی ارائه دهندگان خدمات مستقیم بخش بهداشت و درمان ...

فصل چهارم: یافته‌ها

سال و شهرستان	پرستار لیسانس و بالاتر	پرستار فوق دیپلم	بهبار و کمک بهبار	بهورز ^(۲)	بهداشتیار
..... ۱۳۹۰	۸۹۳	۱۵	۱۴۹	۴۹۷	۰
..... ۱۳۹۱	۱۰۰۴	۱۳	۱۳۱	۵۱۱	۰
..... ۱۳۹۲	۹۸۸	۱۱	۱۱۶	۵۱۴	۰
..... آبیک	۸	۰	۶	۴۵	۰
..... آوج	۱	۰	۴	۵۱	۰
..... البرز	۰	۰	۲	۲۸	۰
..... بوئین زهرا	۴۸	۰	۹	۸۶	۰
..... تاکستان	۱۸	۰	۶	۱۱۷	۰
..... قزوین	۹۱۳	۱۱	۸۹	۱۸۷	۰

در جدول شماره هفده : ما با فراوانی آمار نیروی انسانی برخی از رشته‌های درمانی شاغل در دانشگاه علوم پزشکی به تفکیک رشته تحصیلی آشنا می‌شویم.

جدول شماره هجده : جمعیت و متوسط رشد سالانه		
سال	جمعیت	متوسط رشد سالانه (درصد)
آبان ۱۳۵۵	۵۳۶۵۸۷	۴/۰۶
مهر ۱۳۶۵	۷۹۸۸۹۸	۱/۹۴
آبان ۱۳۷۵	۹۶۸۲۵۲	۱/۶۷
آبان ۱۳۸۵	۱۱۴۳۲۰۰	۱
آبان ۱۳۹۰	۱۲۰۱۵۶۵	
مأخذ- مرکز آمار ایران. (ر.م).		
- مرکز آمار ایران. دفتر جمعیت، نیروی کار و سرشماری.		

در جدول شماره هجده : ما با فراوانی آمار جمعیت استان و متوسط رشد جمعیت آشنا می‌شویم.

جدول شماره نوزده : متولدین ثبت شده بر حسب جنس در نقاط شهری و روستایی ^(۱)								
سال و شهرستان			جمع			نقاط شهری		
پسر و	پسر	دختر	پسر و	پسر	دختر	پسر و	پسر	دختر

تعیین توزیع نیروی انسانی ارائه دهندگان خدمات مستقیم بخش بهداشت و درمان ...

فصل چهارم: یافته‌ها

	دختر		دختر		دختر		دختر		
۱۳۸۰.....	۱۷۰۴۲	۸۷۳۲	۸۳۱۰	۱۰۵۷۷	۵۴۷۵	۵۱۰۲	۶۴۶۵	۳۲۵۷	۳۲۰۸
۱۳۸۵.....	۱۹۰۰۷	۹۵۷۹	۹۴۲۸	۱۳۰۴۲	۶۵۳۰	۶۵۱۲	۵۹۶۵	۳۰۴۹	۲۹۱۶
۱۳۸۸.....	۲۰۱۷۵	۱۰۲۸۸	۹۸۸۷	۱۴۸۲۴	۷۶۶۸	۷۱۵۶	۵۳۵۱	۲۶۲۰	۲۷۳۱
۱۳۸۹.....	۲۰۲۷۶	۱۰۱۶۷	۱۰۱۰۹	۱۵۲۰۴	۷۵۴۳	۷۶۶۱	۵۰۷۲	۲۶۲۴	۲۴۴۸
۱۳۹۰.....	۲۰۱۲۹	۱۰۳۹۷	۹۷۳۲	۱۵۶۸۵	۸۱۳۷	۷۵۴۸	۴۴۴۴	۲۲۶۰	۲۱۸۴
۱۳۹۱.....	۲۱۱۷۷	۱۰۸۵۱	۱۰۳۲۶	۱۹۲۱۲	۹۸۴۳	۹۳۶۹	۱۹۶۵	۱۰۰۸	۹۵۷
۱۳۹۲.....	۲۱۲۹۱	۱۰۹۲۵	۱۰۳۶۶	۱۵۹۷۴	۸۱۹۴	۷۷۸۰	۵۳۱۷	۲۷۳۱	۲۵۸۶
آبیک.....	۱۳۶۱	۷۲۲	۶۳۹	۹۸۶	۵۳۰	۴۵۶	۳۷۵	۱۹۲	۱۸۳
آوج.....	۵۲۶	۲۷۵	۲۵۱	۱۴۵	۷۲	۷۳	۳۸۱	۲۰۳	۱۷۸
البرز.....	۲۹۸۹	۱۵۰۱	۱۴۸۸	۲۶۳۵	۱۳۳۳	۱۳۰۲	۳۵۴	۱۶۸	۱۸۶
بوئین زهرا.....	۲۱۹۳	۱۱۲۶	۱۰۶۷	۱۳۶۵	۷۲۰	۶۴۵	۸۲۸	۴۰۶	۴۲۲
تاکستان.....	۳۴۶۸	۱۷۷۷	۱۶۹۱	۲۱۹۱	۱۱۱۱	۱۰۸۰	۱۲۷۷	۶۶۶	۶۱۱
قزوین.....	۱۰۷۵۴	۵۵۲۴	۸۶۵۲	۸۶۵۲	۴۴۲۸	۴۲۲۴	۲۱۰۲	۱۰۹۶	۱۰۰۶

۱) مبنای تفکیک آمار متولدین ثبت شده بر حسب نقاط شهری و روستایی تا سال ۱۳۸۲ بر اساس محل صدور شناسنامه می‌باشد ولی از سال ۱۳۸۳ مبنای تفکیک، محل سکونت خانواده می‌باشد.

مأخذ- اداره کل ثبت احوال استان قزوین.

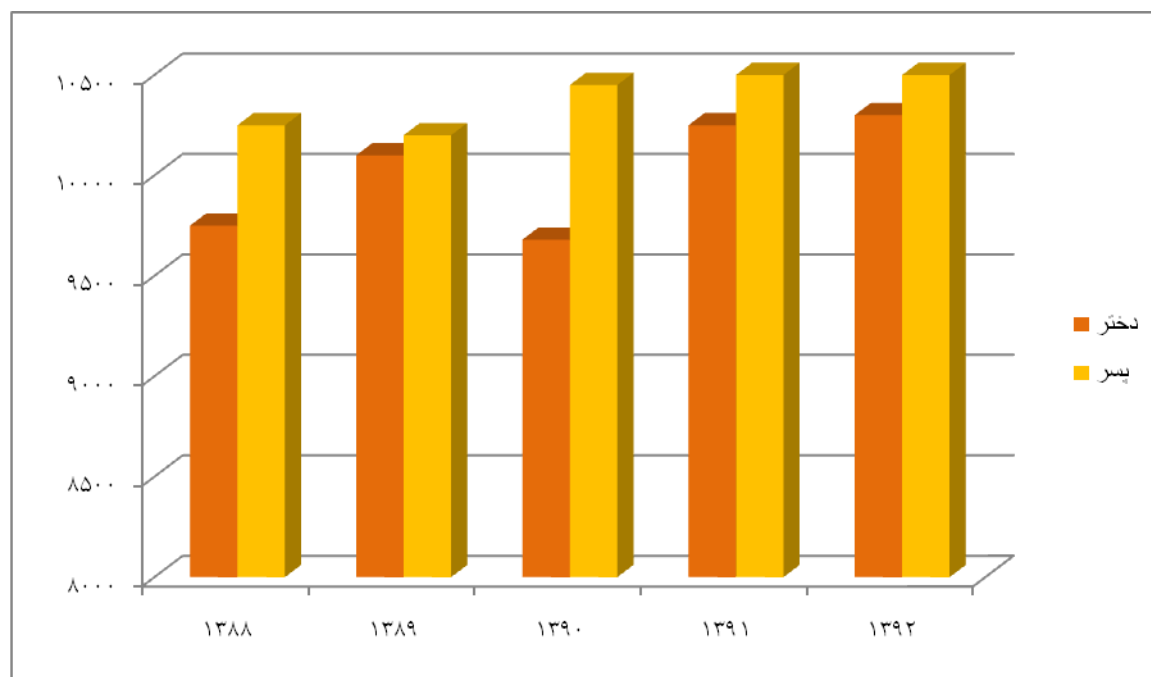
-جدول شماره بیست : فوت شدگان ثبت شده بر حسب جنس در نقاط شهری و روستایی^(۱)

سال و شهرستان			جمع			نقاط شهری			نقاط روستایی		
مرد و زن	مرد	زن	مرد و زن	مرد	زن	مرد و زن	مرد	زن	مرد و زن	مرد	زن

		زن							
۱۳۸۰.....	۵۴۰۸	۳۰۵۶	۲۳۵۲	۳۴۳۶	۱۹۹۱	۱۴۴۵	۱۹۷۲	۱۰۶۵	۹۰۷
۱۳۸۵.....	۵۵۶۴	۳۲۵۰	۲۳۱۴	۳۴۶۴	۲۰۳۳	۱۴۳۱	۲۱۰۰	۱۲۱۷	۸۸۳
۱۳۸۸.....	۶۲۳۴	۳۴۸۵	۲۷۴۹	۳۷۳۱	۲۰۹۸	۱۶۳۳	۲۵۰۳	۱۳۸۷	۱۱۱۶
۱۳۸۹.....	۶۳۹۴	۳۶۴۳	۲۷۵۱	۴۳۱۷	۲۴۹۲	۱۸۲۵	۲۰۷۷	۱۱۵۱	۹۲۶
۱۳۹۰.....	۶۱۷۳	۳۳۸۱	۲۷۹۲	۴۳۲۲	۲۳۸۸	۱۹۳۴	۱۸۵۱	۹۹۳	۸۵۸
۱۳۹۱.....	۵۶۲۴	۳۱۶۱	۲۴۶۳	۴۳۶۱	۲۴۷۸	۱۸۸۳	۱۲۶۳	۶۸۳	۵۸۰
۱۳۹۲.....	۵۶۳۳	۳۱۵۴	۲۴۷۹	۴۰۷۵	۲۲۹۴	۱۷۸۱	۱۵۵۸	۸۶۰	۶۹۸
آبیک.....	۲۸۵	۱۴۶	۱۳۹	۱۴۷	۸۰	۶۷	۱۳۸	۶۶	۷۲
آوج.....	۲۰۷	۱۰۲	۱۰۵	۳۹	۱۹	۲۰	۱۶۸	۸۳	۸۵
البرز.....	۳۱۰	۱۵۵	۱۵۵	۲۶۹	۱۳۸	۱۳۱	۴۱	۱۷	۲۴
بوئین زهرا.....	۵۲۴	۳۰۶	۲۱۸	۳۱۶	۱۹۴	۱۲۲	۲۰۸	۱۱۲	۹۶
تاکستان.....	۹۰۱	۵۱۴	۳۸۷	۵۰۵	۲۹۳	۲۱۲	۳۹۶	۲۲۱	۱۷۵
قزوین.....	۳۴۰۶	۱۹۳۱	۱۴۷۵	۲۷۹۹	۱۵۷۰	۱۲۲۹	۶۰۷	۳۶۱	۲۴۶
(۱) از سال ۱۳۸۳ مبنای تفکیک آمار فوت شدگان بر اساس نقاط شهری و روستایی، محل سکونت متوفی می‌باشد.									
مأخذ- اداره کل ثبت احوال استان قزوین.									

در جدول نوزده و بیست : ما با آمار نیروی انسانی متولدین و فوت شده گان استان قزوین به تفکیک شهرها مربوطه آشنا می‌شویم.

✓ نمودار متولدین ثبت شده بر حسب جنس



فصل پنجم: بحث، نتیجه گیری و پیشنهادات

Discussion, Conclusion and Suggestions

۵-۱ مقدمه

توزیع برابر و یکسان منابع بخش سلامت و دسترسی عادلانه همه افراد به خدمات سلامت بدون توجه به رنگ، مذهب، نژاد و محل زندگی یک اصل اساسی و حقی قانونی می‌باشد که دولت‌ها باید برای همه افراد در کشور خود فراهم کنند. به طور کلی موضوعات مربوط به برابری و توزیع یکسان منابع بخش سلامت همواره یکی از مهمترین چالش‌ها و بحث‌های سیاستگذاران و اقتصاددانان سلامت در همه ادوار گذشته بوده و قطعاً در سال‌های پیش رو نیز خواهد بود.

در این قسمت سعی بر آن است که در مرحله اول یافته‌های مطالعه حاضر با سایر مطالعات و پژوهش‌های مشابه انجام شده در داخل و خارج از کشور مقایسه شود و در آخر پیشنهاد های اجرایی در راستای افزایش دسترسی همه مردم به صورت یکسان و برابر به خدمات سلامت در سطح استان و پیشنهاداتی برای انجام پژوهش‌های آتی ارائه شده است.

۵-۲ بحث

نتایج مطالعه نشان داد با توجه به بررسی‌های به عمل آمده مشخص گردید استان قزوین با مساحتی بالغ بر ۱۵۵۶۷۳۰۳ متر مربع و جمعیتی بالغ بر ۱۲۰۱۵۶۵ نفر با ۱۸۲۴ تخت مصوب و ۱۷۱۹ تخت فعال و ۱۵ بیمارستان، یک دانشگاه علوم پزشکی دارای ۷ بیمارستان دانشگاهی با ۱۰۲۰ تخت مصوب و ۹۶۳ تخت فعال و تعداد ۳۰۱۱ نفر پرسنل که تعداد ۳۴۰ نفر نیروی پزشک و تعداد ۱۱۲۸ نفر پرستار و ۷۱ نفر بهیار ، ۴ بیمارستان خصوصی با ۳۹۰ تخت مصوب و ۳۶۲ تخت فعال و تعداد ۱۳۲۷ نفر پرسنل که تعداد ۱۱۵ نفر نیروی پزشک و تعداد ۳۸۲ نفر پرستار و ۷۰ نفر بهیار ، یک بیمارستان خیریه با ۶۰ تخت مصوب و ۵۵ تخت فعال و تعداد ۱۹۶ نفر پرسنل که تعداد ۲۸ نفر نیروی پزشک و تعداد ۴۰ نفر پرستار و ۹ نفر بهیار ، یک بیمارستان ارتش با ۱۰ تخت فعال و تعداد ۷۰ نفر پرسنل که تعداد ۱۲ نفر نیروی پزشک و تعداد ۱۱ نفر پرستار و ۸ نفر بهیار و ۲ بیمارستان تامین اجتماعی با ۳۶۰ تخت مصوب و ۳۲۹ تخت فعال و تعداد ۹۹۴ نفر پرسنل که تعداد ۸۸ نفر نیروی پزشک و تعداد ۳۰۵ نفر پرستار و ۹۰ نفر بهیار می‌باشد که نسبت نیروی پزشک به جمعیت استان ۰,۳۷ در هزار و نیروی پرستار و بهیار به جمعیت استان ۱,۷۷ در هزار و نسبت تخت فعال به

جمعیت استان ۱,۴۳ در هزار نفر در خدمات بستری می‌باشد این درحالی است این نسبت با میانگین کشوری فاصله داشته و نیاز به تامین منابع انسانی مذکور و تخت مورد نیاز از طرق مختلف می‌باشد تا خدمت رسانی به نحو مطلوب‌تر و با فرسودگی کمتر نیروهای موجود و محیطی امن و شاداب تری برای هم استانی ارائه گردد.

■ ضمناً خدمات بهداشتی در سطح شهر و روستاهای استان از طریق تعداد ۶ شبکه بهداشت و تعداد ۸۳ مرکز بهداشتی- درمانی و تعداد ۲۷۴ خانه بهداشت با ۱۳۶۹ نفر پرسنل که ۵۶ نفر آن پزشک ۳۰ نفر پرستار ۴۶ نفر بهیار ۵۶۵ نفر بهورز به کلیه افراد ساکن در استان (همه نقاط شهری و روستایی) ارائه می‌گردد. ضمناً جمعیت تحت پوشش ۱۰۸۹۰۰۰ نفر می‌باشد.

نتایج مطالعات دیگر در مورد توزیع پزشکان عمومی در کشورهای دیگر هم نشان داده است که نابرابری در توزیع پزشکان عمومی وجود دارد و مقدار نابرابری در توزیع این منابع در مقایسه با مطالعه حاضر کمتر یا بیشتر گزارش شده است. در مطالعه ای با عنوان "توزیع جغرافیایی پزشکان مراقبت‌های اولیه" در ژاپن و بریتانیا نشان دادند در سال ۲۰۰۴ مقدار عددی ضریب جینی برای پزشکان عمومی در ژاپن برابر با ۰,۱۷ و برای بریتانیا برابر با ۰,۰۸ می‌باشد که مقدار نابرابری در ژاپن دو برابر بیشتر از بریتانیا می‌باشد. (Matsumoto, ۲۰۱۰). در مطالعه ای دیگر در آلبانی نشان دادند که در سال ۲۰۰۰ مقدار عددی ضریب جینی برای پزشکان عمومی براساس جمعیت برابر با ۰,۱۵۰، براساس نرخ مرگ و میر ۰,۱۲۶ و براساس نرخ مشاوره ۰,۲۸۸ به دست آمد (Theodorakis, ۲۰۰۶). تفاوتی که بین مطالعه ما و مطالعه آلبانی وجود داشت در این بود که در مطالعه ما برای بررسی وضعیت توزیع پزشکان عمومی صرفاً از شاخص جمعیت استفاده شده است در حالی که در مطالعه آلبانی علاوه بر شاخص جمعیت از شاخص‌های نیاز مانند نرخ مشاوره و نرخ مرگ و میر برای ارزیابی وضعیت توزیع پزشکان عمومی استفاده شده است. در مطالعه ای با عنوان نابرابری جغرافیایی در توزیع پزشکان عمومی در استان‌های ترکیه به این نتیجه رسیدند که مقدار عددی ضریب جینی در سال ۲۰۱۰ برای پزشکان عمومی برابر با ۰,۱۴ می‌باشد (Yardim, ۲۰۱۳). مطالعاتی هم در کشور در زمینه وضعیت توزیع منابع بخش سلامت در بین شهرستانهای یک استان انجام شده است. در مطالعه ای با عنوان "سنجش نابرابری در توزیع منابع

بهداشتی و درمانی: یک مطالعه موردی" به بررسی وضعیت توزیع منابع در استان اردبیل در دوره‌ی زمانی ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۸ پرداخته بودند. نتایج مطالعه در مورد توزیع پزشکان عمومی با استفاده از شاخص جینی نشان داد که مقدار عددی این شاخص در سال ۱۳۸۰ برابر با ۰،۵۴ و در سال ۱۳۸۸ برابر با ۰،۴۴ می‌باشد که این نشان می‌دهد وضعیت نابرابری در توزیع پزشکان عمومی در استان اردبیل در مقایسه با استان کرمانشاه دارای نابرابری بیشتری می‌باشد (زندیان، ۱۳۹۰).

نتایج مطالعه روند توزیع جغرافیایی پزشکان در ژاپن نشان داد که اگرچه تعداد پزشکان در دوره‌ی زمانی ۱۹۹۶ تا ۲۰۰۷ در ژاپن افزایش یافته است اما مقدار نابرابری کاهش نیافته است (Toyabe, ۲۰۰۹).

وضعیت نابرابری توزیع پزشکان علیرغم افزایش در تعداد آنها در مطالعه‌ی در ژاپن با عنوان شهری شدن و توزیع نابرابر پزشکان: یک مطالعه سری زمانی نشان داده شده است. بر اساس نتایج این مطالعه اگرچه در فاصله زمانی ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۸ تعداد پزشکان در همه مناطق براساس جمعیت افزایش یافته است اما این افزایش ضرورتاً منجر به کاهش نابرابری در توزیع پزشکان در بین مناطق ژاپن نشده است (Tanihara, ۲۰۱۱). در مطالعه‌ی در شهرستانهای استان اردبیل، مقدار عددی ضریب جینی پزشک متخصص در دوره‌ی زمانی ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۸ دارای روندی کاهشی بوده است بطوریکه از ۰،۵۸ در سال ۱۳۸۰ به حدود ۰،۵۲ در سال ۱۳۸۸ کاهش یافته است (زندیان، ۱۳۹۱). در مطالعه‌ی دیگر با عنوان بررسی توزیع پزشکان متخصص و تخت‌های بیمارستانی در استان آذربایجان غربی در سال ۱۳۹۱ به این نتیجه رسیدند که توزیع پزشک متخصص در سطح استان عادلانه نیست. براساس یافته‌های این مطالعه، مقدار ضریب جینی تخصص‌های مختلف از ۰،۳۷ برای تخصص بیهوشی تا ۰،۸۸ برای تخصص جراحی مغز در نوسان است (مصطفوی، ۱۳۹۴). مقایسه نتایج مطالعه ما با مطالعات استان اردبیل (زندیان، ۱۳۹۱) و استان آذربایجان غربی (مصطفوی، ۱۳۹۴) نشان داد که نابرابری در توزیع پزشک متخصص در استان کرمانشاه در مقایسه با استانهای اردبیل و آذربایجان غربی کمتر می‌باشد. در مطالعه‌ی دیگر تحت عنوان توزیع جغرافیایی پزشکان متخصص در اندونزی به این نتیجه رسیدند که نابرابری اساسی در توزیع این گروه از پزشکان وجود دارد. همچنین تمرکز بیشتر پزشک متخصص در مناطق شهری و

مناطق که دارای بیمارستان بیشتری است، می‌باشد (Meliala, ۲۰۱۳). بر اساس نتایج این مطالعه، انگیزه‌های مالی تأثیر زیادی در بازتوزیع پزشکان متخصص و تمرکز عادلانه در همه مناطق ندارد و پزشکان متخصص بیشتر دوست دارند در مناطقی که دارای بخش خصوصی بیشتر با درآمد بالاتر است فعالیت کنند. نتایج مطالعه ما هم نشان داد که شهرستان کرمانشاه و شهرهای با امکانات بیشتر دارای تمرکز بیشتری در مورد پزشکان متخصص هستند. به عنوان مثال آنالیز داده‌های جمع‌آوری شده نشان داد که ۵۴ درصد از جمعیت کل استان کرمانشاه در شهرستان کرمانشاه زندگی می‌کنند در حالیکه در حدود ۷۵٫۷ درصد از پزشکان متخصص در این شهرستان تمرکز یافته‌اند.

۵-۳ نتیجه‌گیری

در این مطالعه وضعیت توزیع پزشکان عمومی، پزشکان متخصص و پرستاری بخش سلامت در شهرستانهای استان قزوین برای سال ۱۳۹۳ با استفاده از روش سرشماری مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج نشان داد افزایش کمیت منابع و درون‌داد های نظام سلامت ضرورتاً منجر به بهبود برابری در توزیع منابع نخواهد شد و باید با سیاست‌های تشویقی مناسب از قبیل انگیزاننده های مالی، توزیع عادلانه منابع و امکان فعالیت متخصصان در استانهای مجاور پایتخت را فراهم کرد. همچنین نتایج نشان داد بیشترین نابرابری به ترتیب مربوط به پزشکان متخصص و پرستاران و تعداد تخت بوده است بنابراین پیشنهاد می‌شود سیاستگذاران سلامت در توزیع این منابع در بین شهرستانهای استان در راستای دسترسی یکسان و عادلانه همه افراد به این خدمات توجه بیشتری داشته باشند. بطور کلی این مطالعه نشان داد که وضعیت توزیع منابع بخش سلامت چندان مطلوب نیست و نیاز به بازنگری و اعمال سیاست‌های باز توزیعی در سطح استان دارد .

۵-۴ پیشنهادات اجرایی

- لزوم افزایش تعداد نیروی انسانی شامل پزشک عمومی، پزشک متخصص و نیز افزایش پرستاری در سطح استان

- تخصیص و توزیع منابع انسانی و فیزیکی بخش سلامت بدون توجه به نحوه توزیع جمعیت امکان پذیر نبوده و هر کدام از شهرستانها، صرفاً براساس شاخص‌های نیاز بهداشتی مانند بار بیماری‌ها، میزان شیوع و بروز بیماری‌ها، وضعیت دموگرافیک شهرستانهای مختلف باید صورت پذیرد.

- ارائه‌ی سازوکارهای تشویقی و انگیزشی مانند افزایش حقوق و مزایا، امکانات رفاهی جهت حفظ و نگهداشت نیروهای موجود و جذب نیروهای جدید در مناطق حاشیه‌نشین و مخصوصاً مناطق روستایی

- فراهم‌آوری زیر ساخت‌های لازم مانند بهبود وضعیت ارتباطی و جاده‌ای، در دسترس قرار دادن خودرو و آمبولانس جهت استفاده و بهره‌گیری مناطق اقماری از خدمات پزشکان متخصص و دندانپزشک که امکان اقامت دائم آنها وجود ندارد.

- داشتن برنامه‌ریزی طولانی مدت و مناسب در راستای کاهش شکاف بین مناطق روستایی و شهری در استخدام نیروهای جدید با تأکید بر آموزش پزشکان خانواده در سطح دانشگاه.

۵-۵ پیشنهادات برای پژوهش‌های آتی

- محاسبه‌ی میزان نابرابری در توزیع منابع استان قزوین براساس فاکتورهای نیاز بهداشتی جمعیت استان

- ارائه‌ی الگو مناسب جهت تخصیص منابع به بخش سلامت استان

- برآورد میزان منابع مورد نیاز جهت پاسخگویی به نیازهای بهداشتی جمعیت استان

- بررسی وضعیت توزیع سایر منابع انسانی بخش سلامت مانند اداری، مالی و... به تفکیک تخصص و بیمارستانها با بخشهای موجود در آنها در سطح استان

- بررسی وضعیت توزیع منابع فیزیکی بخش سلامت مانند داروخانه، خانه‌های بهداشت، تخت بیمارستان، مراکز توانبخشی و رادیولوژی در سطح استان

- بررسی نابرابری در توزیع منابع بخش سلامت در استان با استفاده از سایر شاخص‌های نابرابری مانند شاخص تمرکز، شاخص‌های معاونت درمان و مقایسه نتایج آن با مطالعه حاضر
- بررسی تأثیر طرح تحول نظام سلامت بر روی توزیع منابع انسانی و فیزیکی بخش سلامت در استان و مقایسه آن با وضعیت توزیع این منابع قبل و بعد از اجرای طرح
- بررسی وضعیت توزیع منابع انسانی و فیزیکی بخش سلامت و عوامل مؤثر بر توزیع آنها در دوره‌های زمانی ۳۰ ساله با استفاده از روش‌های سری زمانی.

References:

- Abbasi, M. Zamani, M. Ganjbakhsh, M. (۲۰۰۹). Equity in health and its place in medical ethics. *Medical Ethics* ۳(۱۰): ۱۱-۲۳. (In persian)
- Ahmadi, AM. Mohammad Ghafari, H. Emadi, SJ. (۲۰۱۱). The relationship between the economy big variables and health in Iran. *The Social Welfare Sciences and Research Quarterly*. ۱۰(۳۹): ۳۲-۳۷. (In persian)
- Ardelan, A. Fatemi, R. Alaedini, F. (۲۰۰۲). The comprehensive study of the effective factors to estimate the required number of general physicians in Iran. *Proceedings of the Health Economic Congress Evaluation of Iran*; Dec. ۱۱-۱۳; Tehran, Iran; P. ۵۸-۶۰. (In Persian)
- Amini, N. Yadollahi, H. Inanloo, S. (۲۰۰۶). Ranking health in Iran provinces. *The Social Welfare Sciences and Research Quarterly* ۵(۲۰): ۲۷-۴۸. (In Persian)
- Asefzadeh, S. Rezapoor, A. (۲۰۱۳). *Health planning*. Qazvin: Publications of Qazvin University of Medical Science, cooperating with Hadise Emrooz publications; P. ۱۲۳-۱۲۸. (In persian)
- Asefzadeh, S. Rezapoor, A. (۲۰۰۶). *Health Management*. Qazvin: Publications of Qazvin University of Medical Science, cooperating with Hadise Emrooz publications; P. ۷۷-۱۰۳. (In persian)
- Azizi, F. (۲۰۰۹). Medical Education in the Islamic Republic of Iran: Three decades of success. *Iran Journal Public Health* ۳۸ (۱): ۱۹-۲۵. (In persian)
- Barak pour, N. (۲۰۰۴). Theoretical basics and political tendency in the region planning and management. *Regional development, permanent development, The social and cultural department in Tehran municipality*. (In persian)
- Brown, MC.(۱۹۹۴). Using Gini- style Indices to evaluate the spatial patterns of health practitioners: theoretical consideration and an application based on Alberta data. *Social Science and Medicine* ۳۸: ۱۲۴۳-۱۲۵۶.
- Chen, R. Zhao, Y. Du, J. Wu, T. Huang Y. Guo, A. (۲۰۱۴). Health workforce equity in urban community health service of China. *PLoS ONE* ۹ (۱۲): e ۱۱۵۹۸۸. Doi: ۱۰, ۱۳۷۱/journal.pone. ۰۱۱۵۹۸۸.
- Constitution of the Islamic Republic of Iran. (۱۹۷۹). *Principles of* ۲۹. (In persian)
- Davoodi, S. (۲۰۰۸). *Introduction to Health System Reform*. Tehran: Aasare Moaser Publications; P. ۲۱-۳۶. (In persian)

-Dejian, L. Jin, H. Jan, MR. Asha, SK. (۲۰۰۷). Statistical Properties of Generalized Gini Coefficient With Application to Health Inequality Measurement. Springer Sciences Journal ۸۷: ۲۴۹-۲۵۸.

Denis, P. Kam, KT. (۲۰۰۸). A Rethinking on Measuring Health Inequalities Using the Gini Coefficient. School of Economics Discussion Paper ۳۸۱: ۲۱.

-Dussault, G. Dubois, CA. (۲۰۰۳). Human resources for health policies: a critical component policies. Human Resource Health ۱: ۱.

-Erdoğan, Ü. (۲۰۱۵). How the government intervention affect the distribution of physicians in Turkey between ۱۹۶۵ and ۲۰۰۰. International Journal for Equity in Health. <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-015-0131-1>.

-Graves, N. Economies and preventing hospital-acquired infection. Emerging infectious diseases. ۲۰۰۴; ۱۰ (۴): ۵۶۱-۶.

-Gravelle, H. Sutton, M. (۱۹۹۸). Trends in geographical inequalities in provision of general practitioners in England and Wales. Lancet ۳۵۲: ۱۹۱۰-۱۹۲۰.

-Guilbert, JJ. (۲۰۰۶). The World Health Report: Working together for health. Education Health (Abingdon); P. ۱-۱۵.

-Gwatkin, DR. (۲۰۰۴). Assessing inequalities in maternal mortality. Lancet ۳۶۳: ۵.

-Hagh Doost, AA. Kamyabi, AA. Ashrafi Asgarabad, A. Sadeghirad, B. Shafieian, H. Ghasemi, SH. (۲۰۱۰). The geographical distribution of the medical groups in country and the disparities. Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran ۲۸ (۴): ۴۱۱-۴۱۹. (In persian)

-Hasanzadeh, A. (۲۰۰۸). The theoretical basics of justice in health, investigating health in Iran health. Social Security Quarterly ۹(۲۳): ۱۱-۴۲. (In persian)

-Hatami, H. Razavi, SM. Eftekhari Ardabili, H. Majlesi, F. Sayed Nozadi, M. Parizadeh, SMJ. (۲۰۰۶). Textbook of Public Health. In: Parsai, S. Haidarnia, MH. editors. Early Patient Contact. ۲nd ed. Tehran. Arjmand Publication; P. ۲۱۴۷- ۲۲۱۵. (In persian)

-Hedayati, A. (۲۰۰۷). [Investment in health culture: a way toward equity]. Health Sustain Develop ۱۵: ۲-۳. (In persian)

-Hirata, S. Okawa, Y. Sugito, H. Mataka, S. Sakayori, T. Maki, Y. Ishii, T. (۲۰۱۳). Does Mandatory Postgraduate Clinical Training Worsen Geographic Distribution of Dentists in Japan?. Bull Tokyo Dental College ۵۴ (۳): ۱۴۱-۱۴۸.

-Hiroshi, N. Sujan, B. Saravath, L. Chatporn, K. Martinus, M. Masri, M et al. (۲۰۰۴). Health inequalities in Thailand: Geographic distribution of medical supplies in the provinces. The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health ۳۵(۳): ۷۳۵-۷۴۰.

-Hoerv, T. Pesis-Katz, I. Mukamel, DB. (۲۰۰۴). Trend in geographic disparities in allocation of health care resources in the US. Health Policy ۶۸: ۲۲۳-۲۳۲.

-Huang, W. Chavg, R. (۲۰۰۱). Changing geographic distribution of physician in Taiwan: ۱۹۸۴-۱۹۹۸. Joural Medical Education ۵ (۱): ۱۳-۲۰.

-Husseini, H. (۲۰۰۵). Book Summary Introduction to Demography. Hamedan: Hamedan Buali Publication; P. ۱-۲. (In persian)

-Karimi, I. Azimi, L. (۲۰۰۵). Distribution of manpower in health and medical sector of Iranian University of Medical Sciences. Social Security Journal ۲۶ (۵): ۱۰-۱۶. (In persian)

-Khorami, F. (۲۰۰۲). Universal health care service minimum supply in Iran. The collection of papers presented at health economic congress evaluation of Iran; Tehran; p. ۱۶۵-۱۷۲. (In persian)

-Kiadaliri, AA. Husseinpour, R. Haghparast-Bidgoli, H. Gerdtham, U-G. (۲۰۱۳). Pure Social Disparities in Distribution of Dentists: A Cross-Sectional Province-Based Study in Iran. International Journal of environmental Research and Public Health ۱۰ (۵): ۱۸۸۲-۱۸۹۴. (In persian)

-Kruger, E. Tennant, M. George, R. (۲۰۱۱). Application of geographic information systems to the analysis of private dental practices distribution in Western Australia. Rural and Remote Health ۱۱: ۱۷۳۶.

-Marandi, SA. (۲۰۰۱). The integration of medical education and health care system in the Islamic Republic of Iran: a historical overview. Joural Medical Education ۱ (۱): ۴-۱۲. (In persian)

-Matsumoto, M. Inoue, K. Bowman, R. Kajii, E. (۲۰۱۰). Self-employment, specialty choise, and geographic distribution of physicians in Japan: A comparison with the United States. Health & Place ۱۶: ۲۳۹-۲۴۴.

-Matsumuto, M. Inoue, K. Bowman, R. Noguchi, S. (۲۰۱۰). Geographic distribution of physicians in Japan and US: Impact of health care system on physician diepersal pattern. Health Policy ۹۶: ۲۵۵-۲۶۱.

-Matsumuto, M. Inoue, K. Farmer J. Inada, H. Kajii, E. (۲۰۱۰). geographic distribution of hysicians in Japan and Britian. Health & Place ۱۶: ۱۶۴-۱۶۶.

- Matsumoto, M. Inoue, K. Kajii, E. (۲۰۰۸). Contract- based training system for rural physician; follow up of Jichi Medical University graduates (۱۹۷۸-۲۰۰۶). Journal of Rural Health ۲۴: ۳۶۰-۳۶۸.
- Matsumoto, M. Inoue, K. Kashima, S. Takeuchi, K. (۲۰۱۲). Does the insufficient supply of physicians worsen their urban-rural distribution? A Hiroshima-Nagasaki comparison. Rural and Remote Health ۱۲: ۲۰۸۵.
- Meliala, A. Hort, K. Trisnantoro, L. (۲۰۱۳). Addressing the unequal geographic distribution of specialist doctors in Indonesia: The role of the private sector and effectiveness of current regulations. Social Science & Medicine ۸۲: ۳۰-۳۴.
- Mobaraki, H. Hassani, H. Kashkalani, T. Khalilnejad, R. Ehsani Chimeh, E. (۲۰۱۳). Equality in Distribution of Human Resources: the Case of Irans Ministry of Health and Medical Education. Iran Journal Public Health ۴۲(۱): ۱۶۱-۱۶۵. (In persian).
- Mistretta, MJ.(۲۰۰۷). Differential effects of ecovomic factors on specialist family physician distribution in Illinois: a country-level analysis. Joural Rural Health ۲۳ (۳): ۲۱۵-۲۲۱.
- Mostafavi, H. Aghlmand, S. Zandyan, H. Alipoorisakha, M. Bayati, M. Mostafavi, S. (۲۰۱۵). Inequitable distribution of specialists and hospital beds in West Azerbaijan province. Payawar ۹ (۱): ۵۵-۶۶. (In persian)
- Mosavi M. Seyedin, SH. Aryankhesal, A. Sadeghifar, J. Armoun, B. Safari, Y. et al. (۲۰۱۳). Stratification of Kermanshah province districts in terms of health structural in terms of health structural indicators using scalogram model. Journal of Health Promotion ۲ (۲): ۷-۱۵. (In persian)
- Nili, M. Nafisi, SH. (۲۰۰۶). Estimation of the human capital of Iran based on the average years of education of the labor force. Iranian Journal of Economic Research ۲۵ (۷): ۱-۲۲. (In persian)
- Okawa, Y. Hirata, S. Okada, M. Ishii, T. (۲۰۱۱). Geographic distribution of dentists in Japan: ۱۹۸۰-۲۰۰۰. Journal of Public Health Dentistry ۷۱: ۲۳۶-۲۴۰.
- Okawa, Y. Hirata, S. Okada, M. Ishii, T. (۲۰۱۳). Geographic distribution of specialist orthodontists and orthodontic providers in Japan. Journal homepage: [www.Elsevier.com/locate.Odw](http://www.Elsevier.com/locate/Odw) ۷۲: ۱۴۲-۱۴۷.
- Omrani-Khou, H. Lotfi, F. Safari, H. JAME, SZ. Moghari, J. Shafii M. Equity in Distribution of Health Care Resouces; Assessment of Need and Access, Using Three Practical Indicators. Iranian Journal of Public Health. ۲۰۱۳; ۴۲ (۱۱): ۱۲۹۹-۳۰۸. (In persian)

- Policy-making council of Iranian Ministry of Health and Medical Education. A achievements, challenges and horizons facing health care system. Vol 1, 2010; P. 24-39. (In persian)
- Policy-making council of Iranian Ministry of Health and Medical Education. (2008). Challenges and Solution. 2nd ed. P. 9-10. (In persian)
- Policy-making council of Iranian Ministry of Health and Medical Education. (2008). Challenges and Solution. 2nd ed. P. 38-42. (In persian)
- Rahmani, A. (1391). Field of Dentistry. Available from: <http://dr-dentist.blogfa.com>. Accessed September 10, 2010.
- Rokx, C. Giles, G. Satriawan, E. Marzoeki, P. (2009). New insights into the supply and quality of health services in Indonesia: A health workforce study. Indonesia: Work Bank. <http://go.workblank.org/Z00YIBSV20>.
- Ruth, FG. Doessel, W. (2006). Measuring inequality: tools and an illustration. International Journal for Equity in Health 5: 5.
- Saadat, S. Adhami, A. Sohrabi, M. Navabi, K. Fakhre Yaseri, A. Gudarzi, KH. (2009). Medical Manpower Planing. Methods and Global Experience. Tehran: Publications of Ministry of Health and Medical Education, cooperating with Safir Ardhal Publications; P. 100-200. (In persian)
- Shahabi, M. Thofighi, Sh. Maleki, MR. (2010). The Nurse and Specialist Physician Manpower Distribution by Population and Its Relationship with The Number of Beds at Public Hospitals in Iran; 2001-2006. Journal of Health Management 13(4): 4-14. (In persian)
- Sousa, A.Dal Poz, MR. Carvaiho, CL. (2012). Movitoring Inequalities in the Health Workfoce: The Case Study of Brazil 1991-2000. PLoS ONE 7 (3): e 33399. Doi: 10.1371/journal.pone.0033399
- Taghvaei, M. Shahivandi, A. (2011). The distribution of health services in Iranian cities. The Social Welfare Sciences and Research Quarterly 10(33): 33-44. (In persian)
- TaatiKeley, E. Meshkini, A. Khorasani Zavareh, D. (2014). Evaluation of distribution of specialists in public hospital of Iran. Journal of health information management 9 (4): 548-557. (In persian)
- Tahari Mehrjerdi, MH. Babaei Meibodi, H. Morovati Sharif Abadi, A. (2012). Grading iran provinces considering access to health care indicators. Health Information Management Quarterly 9(3): 306-319. (In persian)

- Tanihara, S. Kobayashi, Y. Une, H. Kawachi, I. (۲۰۱۱). Urbanization and physician maldistribution: a longitudinal study in Japan. BMC Health Services Research ۱۱: ۲۶۰.
- Theodorakis, PN. Mantzavinis, GD. (۲۰۰۵). Inequalities in the distribution of rural primary care physician in tow remote neighboring prefectures of Greece and Abania. Rural and Remote Health ۵ (۲): ۴۵۷-۴۶۸.
- Theodorakis, PN. Mantzavinis, GD. Rrembullaku, I. Lionis, C. Trel, E. (۲۰۰۶). Measuring health inequalities Albania: a focus on the distribution of general practitioners. Human Resource Health ۴: ۵.
- Tofighi, SH. Maleki, M. Shahabi, M. Delpasand, M. (۲۰۱۰). Distribution status of specialist physicians and occupational beds in governmental hospitals in Iran. Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research ۸ (۳): ۱-۱۰. (In persian)
- Toyabe, S. (۲۰۰۹). Trend in geographic distribution of physicians in Japan. International Journal for Equity in Health ۸: ۵.
- Toyokawa, S. Kobayashi, Y. (۲۰۱۰). Increasing supply of dentists induces their geographic diffusion in contrast with physicians in Japan. Social Science & Medicine ۷۱: ۲۰۱۴-۲۰۱۹.
- WHO. (۲۰۰۰). The world health report. Geneve; p. ۷۳-۹۰.
- Wibulpolprasert, S. Pengpaibon, P. (۲۰۰۳). Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: Four decades of experience. Human Resources for Health. ۱(۱): ۱۲.
- Wilson, NW. Couper, IR. De Vries, E. Reid, S. Fisher, T. Marais, B J. (۲۰۰۹). A critical review of intervention to redress the inequitable distribution of health care professionals to rural and emote areas. Rural and Remote Health ۹: ۱۰۶.
- Yardim, MS. Üner, S. (۲۰۱۳). Geographical Disparities in the Distribution of Physicians in Turkey. TAF Preventive Medicine Bulletin ۱۲ (۵): ۴۸۷-۴۹۴.
- Zali, A. (۲۰۰۸). The role of medical ethics in health comprehensive system. Medical Ethics Quarterly ۲(۳): ۱۱-۳۲. (In persian)
- Zandiyan, H. Ghiasvand, H. Nasimi Doost, R. (۲۰۱۲). Measuring inequality in distribution of health resources: A Case Study. Payesh Journal ۶ (۱۱): ۷۹۹-۸۰۵. (In persian)
- Zarabi, A. Mohamadi, J. Rakhshani Nasab, HR. (۲۰۰۸). Analysis of spatial development indicators of health care services. Social Welfare Science and Research Quarterly ۷(۲۷): ۲۱۳-۲۳۴. (In persian)

Abstract

Background: One of the most important priorities of all countries is equitable access and according to the need for health services. Equal and fair distribution of resources, especially human resources for health is a constant challenge to health policy makers.

Objective: The objective of this study was to investigate the distribution of human resources for direct service delivery in the health sector (physicians, nurses, paramedics and health workers) in Qazvin province, ۲۰۱۴ and in comparison with standard or national average.

Method: This study is a descriptive-analytical and retrospective study. The studied population including: general practitioners, specialist doctors, nurses, paramedics and health workers that are working in academic and non-academic centers of Qazvin province in ۲۰۱۴. The needed data was collected through census by referring to Department of treatment, development and health of Qazvin Medical Sciences University, non-academic centers, governorship and the Medical Council and was recorded in information form. Data processed and analyzed using Excel and spss software.

Results: the way of distribution of health forces to separate health centers of Qazvin province and a breakdown of doctors and nurses, paramedics and health workers in rural and urban areas and the size and population of the province were collected in ۲۰۱۶, presented as follows; ۱. Qazvin province with an area of ۱۵۵۶۷۳۰۳ square meters and a population of ۱۲۰۱۵۶۵ people and ۵۴۲ physicians, ۱۸۸۲ nurses, ۳۷۰ paramedic, ۵۶۰ health workers and ۱۷۱۹ beds that some of them including;

۱. in public and private health centers of Qazvin: ۱۴۶۱ beds, ۳۵۷ physicians, ۱۷۵۵ nurses and paramedics). ۲. Takestan: ۱۰۴ beds, ۲۷ physicians, ۱۳۲ nurses and paramedics. ۳. Boyin Zahra, ۵۰ beds, ۱۱ physicians, ۴۳ nurses and paramedics ۴. Alvand: ۵۵ beds, ۲۸ physicians, ۴۹ nurses and paramedics. ۵. Abyek, ۴۰ beds, ۱۴ physicians, ۵۸ nurses and paramedics.

Conclusion: This study showed that there is an unequal distribution in studied cases to the population covered by the study and its existing beds and However, the variety of emerging diseases are expanding and there is more needs to specialized services and in the absence of reforming the current procedures, the problems of manpower will be raised in the near future (job dissatisfaction and job burnout, etc.) and then the distribution in human resources should be considered again along with the new policies of country and proportional to population growth and new diseases.

Key words: population, manpower, physician, nurse, paramedic, health worker



**Qazvin University of Medical Sciences
Faculty of Health**

Thesis submitted for the degree of M.Sc. in health services management

Title:

Physician distribution assessment in

**Determine the distribution of human resources that provide direct service in the health sector
(doctors, nurses, paramedics and health workers) in Qazvin province in ۲۰۱۶ based on population
coverage and compare it with standard or national average.**

Supervisor:

Saeid Asefzade Ph.D

Adviser:

Mohammad Zakaria Kiaei M.SC

By:

Seyed Karim Khoramhoseini

September ۲۰۱۶